

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y**  
**PODOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Evolución de la conducta suicida: estudio autonómico de los  
intentos de suicidio en Castilla- La Mancha (2006-2015)**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Francisco José Celada Cajal**

**Directores**

**José M<sup>a</sup> Blanco Rodríguez**  
**José Luis Martín Conty**

**Madrid, 2018**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE ENFERMERIA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGIA**



**Evolución de la conducta suicida: estudio  
autonómico de los intentos de suicidio en  
Castilla-La Mancha (2006 - 2015)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO  
DE DOCTOR PRESENTADA POR

**Francisco José Celada Cajal**

Bajo la dirección de los doctores

JOSE M<sup>a</sup> BLANCO RODRIGUEZ

JOSE LUIS MARTIN CONTY

**MADRID, 2017**



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar pretendo expresar mi gratitud a todos los compañeros de la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha por su respaldo en la consecución, preparación y elaboración de los numerosos datos de esta tesis. Debo agradecer con especial consideración al Dr. Miguel Ángel Sanchez Losada con el que estaré siempre en deuda por su espíritu investigador, implicación e ímpetu que consiguieron impulsarme para ser más ambicioso e intentar llegar más lejos, con más fuerza y más alto a unas metas que creía inalcanzables. Gracias por tu respeto, amabilidad y respaldo.

Igualmente, agradezco a los dos directores de esta tesis doctoral, el Dr. José María Blanco Rodríguez y el Dr. José Luis Martín Conty por la dedicación y apoyo que han brindado a este trabajo de investigación, por su consideración a mis propuestas y por la sólida dirección, que con perseverancia ha facilitado el que llevara a buen puerto todo el proceso de investigación, construcción y escritura de esta tesis. Les doy las gracias por toda su profesionalidad y confianza mostrada hacia mi persona desde que llegué a la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

Pero principalmente, deseo de todo corazón dar las gracias a mi mujer María José y a mis dos hijos, Marina y Carlos, por su paciencia, comprensión, apoyo con la investigación además de por el tiempo que me han regalado para que pudiera llevarla a cabo. El progreso en el trabajo de un investigador se asienta por ende en el reconocimiento, cariño y soporte emocional que nos ofrecen nuestros familiares y amigos que nos quieren, nos conocen bien, nos apoyan incondicionalmente y aportan toda la fuerza y energía necesarias para creer en uno mismo, crecer como profesional y sobre todo como persona. Sin ellos nunca se habría escrito esta tesis y por eso les pertenece tanto o más que a mí mismo.

A todos, muchas gracias.



## INDICE:

TITULO	Página I
AGRADECIMIENTOS	Página III
INDICE	Página V
LISTA TABLAS	Página VII
LISTA FIGURAS	Página XI
ABREVIATURAS	Página XV
RESUMEN	Página XVII
ABSTRACT	Página XXI
1. INTRODUCCIÓN	Página 25
1.1. IMPORTANCIA, ALCANCE Y DEFINICIONES	Página 25
1.2. HISTORIA	Página 27
1.3. MODELOS Y TEORIAS	Página 30
1.4. ECONOMIA Y CRISIS	Página 49
1.5. SALUD PÚBLICA	Página 55
1.6. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	Página 57
2. OBJETIVOS	Página 60
3. MATERIAL Y METODO	Página 61
3.1. DISEÑO	Página 61
3.2. AMBITO	Página 61
3.3. POBLACIÓN	Página 62
3.4. VARIABLES	Página 63
3.5. MÉTODO	Página 63
3.6. IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	Página 67
3.7. ANALISIS DE DATOS, ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS	Página 69
3.8. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN Y OBTENCIÓN DE DATOS	Página 70
4. RESULTADOS	Página 71
4.1. FRECUENCIAS Y SEXO	Página 71
4.2. GRUPOS DE EDAD	Página 76
4.3. ESCENARIO	Página 79
4.4. TEMPORALIDAD	Página 84
4.5. METODO UTILIZADO EN EL INTENTO DE SUICIDIO	Página 95
4.6. TASAS ESTANDARIZADAS POR 100.000 HABITANTES DE INTENTOS DE SUICIDIO	Página 110
4.7. MODELO POISSON	Página 117
4.8. ECONOMIA	Página 119
5. DISCUSION	Página 132

5.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Página 133
5.2. GRUPOS DE EDAD	Página 135
5.3. ESCENARIO URBANO Y RURAL	Página 136
5.4. FACTORES DE TEMPORALIDAD	Página 136
5.5. METODO UTILIZADO EN EL INTENTO DE SUICIDIO	Página 137
5.6. ECONOMIA, CONDUCTA SUICIDA E INTENTO DE SUICIDIO	Página 138
5.7. LIMITACIONES	Página 139
5.8. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN	Página 141
6. CONCLUSIONES	Página 143
6.1. RECOMENDACIONES	Página 144
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	Página 148

## LISTA TABLAS:

Tabla 1. Variación del PIB y PIB Per Capita Nacional y en Castilla -La Mancha en el periodo 2006-2015. Fuente INE.	Página 52
Tabla 2. Número de suicidios en España por sexo durante el periodo 2006-2015. Fuente INE.	Página 56
Tabla 3. Definiciones de indicadores económicos del estudio.	Página 66-67
Tabla 4. Número de suicidios 2000-2014 en España por grupos de edad de 5 a 9 años y de 10 a 14 años. Fuente INE.	Página 69
Tabla 5. Número de casos de intento de suicidio por provincias y años en Castilla-La Mancha durante el periodo de estudio 2006-2015, $p<0,001$ . AB; Albacete, CR; Ciudad Real, CU; Cuenca, GU; Guadalajara y TO; Toledo.	Página 73
Tabla 6. Número de casos de intento de suicidio por sexo, provincias y años en Castilla-La Mancha 2006-2015, $p<0,05$ . AB; Albacete, CR; Ciudad Real, CU; Cuenca, GU; Guadalajara y TO; Toledo.	Página 74
Tabla 7. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por franja o grupos de edad y provincia, periodo 2006-2015, $p<0,004$ .	Página 78
Tabla 8. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por grupos de edad y años del periodo 2006-2015, $p<0,311$ .	Página 78
Tabla 9. Numero de intentos de suicidio en CLM por grupos de edad y escenario rural y urbano durante el periodo de estudio 2006-2015, $p<0,001$ .	Página 80
Tabla 10. Número de casos de intento de suicidio en CLM por provincias y escenario rural y urbano durante el periodo de estudio 2006-2015, $p<0,001$ .	Página 80
Tabla 11. Número de casos de intento de suicidio en CLM por año y escenario rural y urbano durante el periodo de estudio 2006-2015, $p<0,05$ .	Página 83
Tabla 12. Número de intentos de suicidio (recuento y porcentaje) en Castilla-La Mancha por año y por mes durante el periodo 2006-2015, $p<0,239$ .	Página 85
Tabla 13. Número de intentos de suicidio en CLM por estaciones meteorológicas y provincias durante el periodo 2006-2015, $p<0,315$ .	Página 87
Tabla 14. Número de intentos de suicidio en CLM por estaciones meteorológicas y provincias durante el periodo 2006-2015, $p<0,315$ .	Página 88
Tabla 15. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por el día de la semana por cada año del periodo 2006-2015, $p<0,315$ .	Página 89
Tabla 16. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por día de la semana y provincias durante el periodo 2006-2015, $p<0,315$ .	Página 90
Tabla 17. Número de casos de intento de suicidio en CLM, por franja horaria y provincias durante el periodo de estudio 2006-2015, $p<0,603$ .	Página 91
Tabla 18. Número de casos de intento de suicidio en CLM, por franja horaria y años durante el periodo de estudio 2006-2015, $p<0,067$ .	Página 91-92



Tabla 19. Número de casos de intento de suicidio en CLM por año y turno de mañana, tarde y noche durante el periodo de estudio 2006-2015, $p<0,05$ .	Página 92-93
Tabla 20. Número de casos de intento de suicidio en CLM por provincias y turno de mañana, tarde y noche durante el periodo de estudio 2006-2015, $p<0,733$ .	Página 93
Tabla 21. Número de casos de intento de suicidio en CLM por provincias y periodo diurno versus nocturno durante el periodo de estudio 2006-2015, $p<0,603$ .	Página 94
Tabla 22. Métodos utilizados en los intento de suicidio en CLM por sexo en el total de los años de la serie 2006-2015, $p<0,001$ .	Página 97
Tabla 23. Número de intentos de suicidio en CLM durante periodo estudio 2006-2015 por años y por tipo de método empleado, $p<0,004$ .	Página 98
Tabla 24. Número de intentos de suicidio en CLM durante periodo estudio 2006-2015 por años, sexo y tipo de método empleado, $p<0,004$ .	Página 99-101
Tabla 25. Método utilizado para cometer los intentos de suicidio por Provincias y en CLM durante periodo estudio 2006-2015, $p<0,001$ .	Página 102
Tabla 26. Método de intento de suicidio, violento y no violento utilizado por años en CLM, $p<0,458$ .	Página 103
Tabla 27. Método de intento de suicidio, violento y no violento utilizado por sexo en CLM, $p<0,458$ .	Página 103
Tabla 28. Método de intento de suicidio, violento y no violento utilizado por sexo y años en CLM durante periodo 2006-2015, $p<0,458$ .	Página 103
Tabla 29. Método de intento de suicidio, violento y no violento utilizado por provincias y total de CLM periodo 2006-2015, $p<0,001$ .	Página 105
Tabla 30. Método de intento de suicidio, violento y no violento utilizado por años y total del periodo 2006-2015, $p<0,05$ .	Página 106
Tabla 31. Número de intentos de suicidio en CLM por métodos violento versus no violento y por grupos de edad durante los años de periodo estudio 2006-2015, $p<0,05$ .	Página 108-109
Tabla 32. Número de intentos de suicidio en CLM durante periodo estudio 2006-2015, por métodos violento versus no violento y por turnos horarios, $p<0,966$ .	Página 109
Tabla 33. Tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los casos de intento de suicidio por año, sexo y provincias en Castilla-La Mancha durante el periodo de años 2006-2015 y total de la década.	Página 115
Tabla 34. Modelo de Poisson del efecto de la crisis en la tasa estandarizada por edad, sexo y provincias de CLM de los intentos de suicidio atendidos por la GUETS del SESCAM.	Página 118
Tabla 35. Cuadro resumen de la Correlación de Pearson entre diversos indicadores económicos y tasas estandarizadas por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM 2006-2015, $p<0,05$ .	Página 131
Tabla 36. Número de suicidios, porcentaje y tasa cruda de los intentos de suicidios en CLM 1991-1998 por provincias y total de CLM, estudio de Morant	Página 134

C. et al del año 2001. Datos del artículo Mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha (1991-1998).

Tabla 37. Número de intentos autolíticos, porcentaje y tasas estandarizadas por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio por provincias y total de CLM durante el periodo 2006-2015. Página 135

Tabla 38. Número de suicidio y lesiones autoinfligidas en España y CLM en el rango de edad de 10 a 14 años de edad durante el periodo 2006-2015 (Datos INE). Página 141



## LISTA FIGURAS:

Figura 1. Representación Gráfica del Modelo Cúbico de Shneidman.	Página 38
Figura 2. Representación Gráfica del Modelo de superposición de Blumenthal.	Página 41
Figura 3. Representación Gráfica del Modelo de Diátesis Estrés de Mann.	Página 43
Figura 4. PIB en Castilla-La Mancha en periodo 2006-2015.	Página 50
Figura 5. Tasa de riesgo de pobreza en España y en CLM periodo 2006-2015.	Página 51
Figura 6. Índice de Gini en España periodo 2006-2015.	Página 54
Figura 7. Evolución del suicidio en Castilla la Mancha por frecuencia, serie de años 2000 a 2015.	Página 57
Figura 8. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por sexo en el periodo 2006-2015, $p<0,371$ .	Página 71
Figura 9. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por años, periodo 2006-2015, $p<0,001$ .	Página 72
Figura 10. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por sexo y año, periodo 2006-2015, $p<0,001$ .	Página 75
Figura 11. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por sexo y provincia, periodo 2006-2015, $p<0,001$ .	Página 75
Figura 12. Número de intentos de suicidio en CLM por grupos etarios en el periodo de años 2006-2015, $p<0,002$ .	Página 76
Figura 13. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por sexo y grupos de edad, periodo 2006-2015, $p<0,002$ .	Página 77
Figura 14. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por años y por grupos de edad de $<18$ años y $> 80$ , años periodo 2006-2015, $p<0,526$ .	Página 79
Figura 15. Número de casos de intento de suicidio en CLM por provincias, total y escenario rural y urbano durante el periodo de estudio 2006-2015, $p<0,001$ .	Página 80
Figura 16. Número de casos de intento de suicidio en CLM por escenario rural y urbano durante los años del periodo de estudio 2006-2015, $p<0,526$ .	Página 81
Figura 17. Número de casos de intento de suicidio en CLM por escenario rural y	Página 82

urbano y sexo durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p<0,809$ .

Figura 18. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por años, periodo 2006-2015, $p<0,001$ .	Página 84
Figura 19. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por meses durante el periodo 2006-2015, $p<0,239$ .	Página 85
Figura 20. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por estaciones meteorológicas durante el periodo 2006-2015, $p<0,315$ .	Página 86
Figura 21. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por el día de la semana durante el periodo de estudio 2006-2015, $p<0,315$ .	Página 88
Figura 22. Intentos de suicidio por sexo y turno de mañana, tarde y noche, $p<0,009$ .	Página 94
Figura 23. Método utilizado para cometer los intentos de suicidio en CLM durante periodo estudio 2006-2015, $p<0,001$ .	Página 96
Figura 24. Número de intento de suicidio por ahorcamiento en CLM periodo 2006-2005, $p<0,05$ .	Página 104
Figura 25. Número de intentos de suicidio en CLM durante periodo estudio 2006-2015 por grupos de edad y por métodos violento versus no violento, $p<0,001$ .	Página 107
Figura 26. Tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio durante el periodo 2006-2015 en CLM, $p<0,01$ .	Página 111
Figura 27. Tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio por sexo y años durante el periodo 2006-2015 en CLM, $p<0,01$ .	Página 112
Figura 28. Tasa estándar de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por años y grupos de edad en el periodo 2006-2015, $p<0,311$ .	Página 113
Figura 29. Tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM por sexo y provincias en el periodo 2006-2015, $p<0,01$ .	Página 116
Figura 30. Índice de GINI (0-100) de España durante el periodo de estudio 2006-2015, datos INE.	Página 120
Figura 31. PIB de CLM durante el periodo de estudio 2006-2015, datos INE.	Página 120
Figura 32. PIB <i>per Cápita</i> en España durante el periodo de estudio 2006-2015, datos INE.	Página 121
Figura 33. PIB <i>per Cápita</i> en Castilla-La Mancha durante el periodo de estudio 2006-	Página 121

2015, datos INE.

Figura 34. Tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en Castilla-La Mancha durante el periodo de estudio 2006-2015 en comparación con el PIB *per Cápita* de España y de CLM (datos INE). Página 122

Figura 35. Tasa de paro en CLM y en España durante el periodo de estudio 2006-2015, datos INE. Página 123

Figura 36. Nivel de dificultad en los hogares para llegar a final de mes a nivel NACIONAL (España) durante el periodo de estudio, 2006-2015, datos INE. Página 125

Figura 37. Nivel de dificultad en los hogares para llegar a final de mes en CLM durante el periodo de estudio, 2006-2015, datos INE. Página 126

Figura 38. Gasto medio por hogar en CLM durante el periodo de estudio, 2006-2015, datos INE. Página 127

Figura 39. Gasto medio por persona en CLM durante el periodo de estudio, 2006-2015, datos INE. Página 128

Figura 40. Gasto medio por unidad de consumo en CLM periodo 2006-2015, datos INE. Página 129

Figura 41. Tasa de riesgo de pobreza (indicador AROPE) en CLM y España durante el periodo de estudio, 2006-2015. Página 130

Figura 42. Cuadro comparativo entre las tasas por 100.000 habitantes de suicidios en CLM (datos INE) y de las tasas estandarizadas de intentos autolíticos en CLM, durante el periodo 2006-2015. Página 133



## ABREVIATURAS:

<b>AB</b>	Albacete
<b>AP</b>	Atención Primaria (de Salud)
<b>AROPE</b>	<i>At Risk Of Poverty and/or Exclusion</i>
<b>CCAA</b>	Comunidad Autónoma
<b>CCU</b>	Centro Coordinador de Urgencias
<b>CIE 9</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión
<b>CLM</b>	Castilla-La Mancha
<b>CR</b>	Ciudad Real
<b>CU</b>	Cuenca
<b>DeCS</b>	Descriptores en Ciencias de la Salud
<b>EAPN-ES</b>	European Anti Poverty Network. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español.
<b>EEUU</b>	Estados Unidos de América
<b>FOESSA</b>	Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada
<b>GIS</b>	<i>Geographic Information System</i>
<b>GPS</b>	<i>Global Positioning System</i>
<b>GU</b>	Guadalajara
<b>GUETS</b>	Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario
<b>INE</b>	Instituto nacional de Estadística
<b>OCDE</b>	Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PIB</b>	Producto Interior Bruto
<b>PIB per cápita</b>	Producto Interior Bruto por persona
<b>SESCAM</b>	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
<b>SITREM</b>	Sistema de Tratamiento de Emergencias



<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
<b>Stata</b>	Es una "palabra baúl" que combina las palabras <i>statistics</i> (estadística) y <i>data</i> (datos)
<b>TO</b>	Toledo
<b>UCM</b>	Universidad Complutense de Madrid
<b>UE</b>	Unión Europea

## RESUMEN

**Introducción:** El intento de suicidio no es un hecho extraño, sino un fenómeno multifactorial, repetitivo y de carácter exclusivamente humano que ha existido en todas las sociedades y épocas. Se considera como un grave problema de salud pública cuyas cifras siguen acrecentándose de manera continua. Cada suicidio consumado aflige la vida de seis personas, por lo que la cifra de afectados directos e indirectos podría llegar a unos siete millones de personas al año. Puede haber de diez a veinte intentos de suicidio por cada suicidio, una cifra de muy importante que demanda que se investigue estos hechos desde todos los ángulos posibles.

**Objetivos:** Conocer la evolución de los intentos de suicidio en Castilla-La Mancha en el periodo 2006-2015. Describir los factores sociodemográficos, de temporalidad y método utilizado asociados a los intentos de suicidio. Determinar la posible relación entre el método utilizado con factores sociodemográficos y de temporalidad. Analizar la posible relación entre edad y el sexo con los factores sociodemográficos y de temporalidad asociados a los intentos de suicidio. **Material y Métodos:** Es un estudio ecológico, observacional, descriptivo y retrospectivo de los intentos de suicidio atendidos por los servicios de emergencias en CLM. Los datos primarios recogidos fueron; número de incidentes, edad, el sexo, provincia, zona rural o urbana, método usado, código CIE 9, hora, día, mes, estación y año. Los datos secundarios consultados fueron; defunciones en España y en CLM por suicidio, población de España y de CLM por año y sexo. Además se recopilaron datos de indicadores económicos; Gini, PIB, PIB per Cápita, tasa paro, gasto medio por hogar, por persona y por unidad de consumo, tasa de riesgo de exclusión social, dificultad en los hogares para llegar a fin de mes y tasa de riesgo de pobreza.

**Resultados:** Se han producido en CLM 1308 intentos de suicidios, el 55,8% son mujeres y el 44,2% son hombres, el número de casos anual tuvo máximos en los años 2013 (162),

2014 (150) y 2015 (144) y mínimos en los años 2006 (104) y 2009 (106). La tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio fue de 6,6 para el total de la población de CLM, de 7,3 para las mujeres y de 5,8 para los hombres. Las tasas de intento de suicidio son superiores en las mujeres en todos los años de la serie exceptuando el año 2010 dónde los hombres superan con una tasas de 5,65 a las mujeres con una tasa de 5,21.

Los grupos de edad con una mayor acumulación de casos fueron el de los 18 a 35 años (443 casos), seguido por el de 36 a 45 años (383 casos) y el de 46 a 65 años (304 casos). El grupo etario de los 36 a 45 años fue el que tuvo las tasas estándar más elevadas exceptuando el año 2010, seguidos por el de los 18 a 35 años y por el de 46 a 65 años. Hubo repuntes en la tasa estándar en el grupo de >80 años en los años 2008 (6,4) y 2012 (7,1).

El escenario urbano es el que tiene mayor número de casos tanto en mujeres (469) como en hombres (375).

El mayor número de casos se concentra en el mes de Agosto con un 9,3% de los casos. El verano es la estación con más intentos de suicidio con 364 casos y la que menos es el invierno con 299 incidentes. El domingo y el miércoles con 200 casos fueron los días de la semana con un máximo de episodios. La franja horaria de 20,00 h a 24,00 h tuvo un 24% de los incidentes, seguida por la de 12,00 h a 16,00 h con un 23%. Las tardes (15,00 h-24,00 h) tuvieron más intentos de suicidio en todas las provincias de CLM.

Ambos sexos utilizan más los procedimientos suaves o no violentos (intoxicación por fármacos), aunque los hombres usan más los métodos violentos (armas, ahorcamiento, salto de altura, etc.) con 264 incidentes en comparación con las mujeres con 175 casos. Los hombres fueron los que usaron más el ahorcamiento en todos los años del estudio, desde un mínimo del doble o triple de casos en 2006, 2007, 2008 y 2009 hasta ocho veces más en 2011. El método no violento fue el escogido en los grupos de edad de <18, 18-35, 36-45 y de 45-65 años. En la banda de los 66 a 80 años se igualan los dos métodos con un 50% en

ambos métodos (41) y en el grupo de mayores de 80 años el método violento obtuvo un 83,3 % frente al no violento con un 16,7% (6).

Aplicando un modelo de Poisson por año, sexo y provincias castellano manchegas se obtuvo que la razón de tasas estandarizadas en las mujeres fué de 1,23 veces más de intento de suicidio que en los hombres, es decir un 23% más. La razón de tasas estandarizadas en el desarrollo anual fué de 1,04 veces más intentos de suicidio al incrementarse un año, es decir un 4% más. La razón de tasas estandarizadas por provincias de CLM tomando como referencia a la provincia de Albacete enfatizo a la provincia de Toledo con una razón de tasas estandarizadas de 1,10, tuvo un 10% más de intentos de suicidios que la provincia de Albacete.

La Correlación de Pearson entre diversos indicadores económicos y tasas estandarizadas por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM fueron; 0,189 con el índice de GINI, -0,156 con el PIB de CLM, -0,204 con el PIB *per Cápita* en CLM, 0,220 con la tasa de paro de España, 0,265 con tasa de paro de CLM, 0,187 y 0,290 para los hogares con *mucha dificultad* y con *dificultad* para llegar a fin de mes CLM, -0,235 con el gasto medio por hogar CLM, -0,145 con el gasto medio por persona CLM, -0,184 con el gasto medio por Unidad de Consumo CLM, 0,230 a nivel nacional y 0,285 a nivel autonómico con el indicador AROPE de exclusión social y de 0,200 con la tasa de riesgo de pobreza CLM.

### **Conclusiones:**

- La investigación multifactorial del intento de suicidio en CLM basada en datos de diferentes instituciones es trascendental para el sistema sanitario, la sociedad y la política autonómica y nacional.
- Las tasas estandarizadas por 100.000 habitantes de intento de suicidio son superiores en las mujeres que en los hombres en todos los años de la serie a excepción el año 2010. En el

grupo de edad correspondiente a los sujetos entre 18-35 años son los que indican mayor número de intentos. En los mayores de 80 años las intentonas son superiores en los hombres con casi tres cuartas partes de los casos.

- Hubo más casos de intento de suicidio en domingo y martes, por la tarde y al principio de la noche, en agosto y septiembre. La estación predominante fue el verano seguida de la primavera.

- Conocer los métodos, transformar factores de riesgo y potenciar la protección forma parte de la prevención del intento de suicidio. El método más utilizado para la realización de los intentos autolíticos es la sobredosis de fármacos.

- La persona tipo que realiza un intento suicida en CLM fue una mujer con una edad entre los 18 y los 45 años que usó sobreingesta de fármacos en un escenario urbano en las provincias de Toledo o Albacete.

- No se han encontrado relaciones claras entre el tipo de método y los turnos horarios, aunque se contabilizaron más casos con métodos violentos por las tardes.

- El perfil del hombre que intenta un suicidio con un método violento sería el de un varón entre 18 y 35 años que utiliza un arma blanca, el ahorcamiento o el salto desde altura, en ese orden.

- El intento de suicidio puede ser un buen indicador de la situación de desigualdad social que se produce en un periodo de contracción económica.

**Palabras clave:** Conducta suicida, Ideación suicida, Intento de suicidio, Parasuicidio, Suicidio.

## ABSTRACT

**Introduction:** Suicide attempt is not strange event, it is multifactorial, repetitive and exclusively human phenomena that have existed in all societies and ages. It is considered a serious public health problem with continuous growth. For each suicide that is consumed the life of six people is affected so that the number of direct and indirect affected could reach about seven million people per year. There can be ten to twenty suicide attempts for each suicide, so that the number of influence of suicidal behavior is too important to be investigated from all possible points of view.

**Objectives:** To know the evolution of suicide attempts in Castilla-La Mancha in the period 2006-2015. Describe the sociodemographic, temporality and method factors associated with suicide attempts. To determine the possible relationship between the methods used with sociodemographic and temporality factors. To analyze the possible relationship between age and sex with sociodemographic and temporality factors associated with suicide attempts. Analyze suicide attempts in the pre-crisis and economic contraction.

**Material and Methods:** It is an ecological, observational, descriptive and retrospective study of the suicide attempts attended by the emergency services in CLM. The primary data collected were; Number of incidents, age, sex, province, rural or urban area, methods, CIE 9 code, time, day, month, season and year. The secondary data consulted were; Deaths in Spain and CLM by suicide, population of Spain and CLM by year and sex. In addition, data on economic indicators were collected; Gini, GDP, GDP per capita, unemployment rate, average expenditure per household, per person and per unit of consumption, social exclusion risk rate, household difficulty to reach the end of the month, poverty risk rate.

**Results:** There were 1308 suicide attempts, 55.8% were women and 44.2% were men, the number of cases per year was highest in 2013 (162), 2014 (150) and 2015 ( 144) and minimum in the years 2006 (104) and 2009 (106). The standardized rate per 100,000

inhabitants for suicide attempts was 6.6 for the total CLM population, 7.3 for women and 5.8 for men. Suicide attempt rates are higher in women in all years of the series except for the year 2010 where men with a rate of 5.65 outperform women with a rate of 5.21.

Age groups with a greater accumulation of cases were those aged 18-35 (443 cases); followed by those aged 36-45 (383 cases) and those aged 46-65 (304 cases). The age group of 36-45 years was the one with the highest standard rates except for the year 2010, followed by the age group from 18 to 35 years and from 46 to 65 years old. There were increases in the standard rate in the group of > 80 years in the years 2008 (6.4) and 2012 (7.1).

The urban scenario has the highest number of cases in both women (469) and men (375).

The highest number of cases is concentrated in August with 9.3% of cases. Summer is the season with most suicide attempts with 364 cases and the least is winter with 299 incidents. On Sunday and Wednesday with 200 cases were the days of the week with a maximum of episodes. The time zone from 20:00 h to 24:00 h had a 24% of the incidents, followed by the one from 12:00 h to 16:00 h with a 23%. The afternoons (15:00 h-24:00 h) had more suicide attempts in all the provinces of CLM.

Both sexes use mild or non-violent procedures (drug intoxication), although men use violent methods more often (weapons, hanging, high jump, etc.) with 264 incidents compared to women with 175 cases. The men were the ones who used the most hanging in all the years of the study, from a minimum of double or triple cases in 2006, 2007, 2008 and 2009 to eight times more in 2011. The non-violent method was chosen by the groups Aged <18, 18-35, 36-45 and 45-65 years old. In the 66-80 age group, the two methods are equated with 50% (41) and in the group of over 80 years the violent method obtained 83.3% compared to non violent with a 16, 7% (6).

Applying a Poisson model by year, sex and provinces of Castilla La Mancha, it was obtained that the ratio of standardized rates in women was 1.23 times more suicide than in men, 23% more. The ratio of standardized rates in the annual development was 1.04 times more suicide attempts with a year increase, 4% more. The rate ratio standardized by provinces of CLM with reference to the province of Albacete emphasized the province of Toledo with a ratio of standardized rates of 1.10 had a 10% more suicide attempts than the province of Albacete.

Pearson's Correlation between various economic indicators and standardized rates per 100,000 inhabitants of suicide attempts in CLM were; 0.189 with the GINI index, -0.156 with the GDP of CLM, -0.204 with GDP per Capita in CLM, 0.220 with the unemployment rate in Spain, 0.265 with unemployment rate of CLM, 0.187 and 0.290 for households with a high difficulty and difficulty in arriving at the end of the month CLM, -0,235 with the average cost per household CLM, -0,145 with the average cost per person CLM, -0,184 with the average cost per CLM Consumer Unit, 0.230 at the national level and 0.285 At the regional level with the AROPE indicator of social exclusion and 0.200 with the CLM poverty risk rate.

### **Conclusions:**

- The multifactorial investigation of the suicide attempt in CLM based on data of different institutions is transcendental for the sanitary system, the society and the autonomic and national politics.
- The standardized rates per 100,000 inhabitants of suicide attempts are higher in women than in men in all years of the series except for the year 2010 where men slightly outnumber females. The age group corresponding to the subjects between 18-35 years old are the ones that show the greatest number of attempts. In the over-80s, the attempts are higher in men with almost three quarters of cases.



- There were more cases of attempted suicide on Sunday and Wednesday, in the afternoon and the beginning of the evening, in August and September. The predominant season was summer followed by spring.
- Knowing methods, transforming risk factors and enhancing protection is part of preventing suicide attempt. The most commonly used method for performing autolytic attempts is drug overdose.
- The person who makes a suicide attempt in CLM was a woman between the ages of 18 and 45 who used drug overdose in an urban setting in the provinces of Toledo or Albacete.
- There were no clear relationships between the type of method and the time shift, although more cases were counted with violent methods at evening.
- There were no associations between age and sex with sociodemographic and temporality factors in regards to suicide attempt, the profile of the man who attempts suicide with violent method would be a male between 18 and 35 years old who uses a white weapon, hanging or jump, in that order.
- The suicide attempt can be an indicator of the situation of social inequality that occurs in a period of economic contraction.

**Key words:** Suicidal behavior, Suicidal ideation, Suicide attempt, Parasuicide, Suicide.

# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1.1. IMPORTANCIA, ALCANCE Y DEFINICIONES**

A lo largo de toda la historia de la humanidad el hombre ha ejercido sobre sí mismo el derecho de la vida y muerte. La conducta suicida no es un hecho extraño ni irrefutable, sino un fenómeno multifactorial, repetitivo, exclusivamente humano como ser biológico, psicológico y social que ha existido en todas las sociedades y épocas históricas cuya concepción ha ido cambiando a lo largo del tiempo<sup>1</sup>, manifestándose por una gran variedad de comportamientos que algunos autores postulan como un continuo que va desde la ideación en sus diversas expresiones, pasando por las advertencias, señales, intentos, hasta el suicidio consumado propiamente dicho.

El suicidio afecta a un millón de personas al año en todo el mundo y esta cantidad sigue aumentando, por cada suicidio que se consuma se afecta la vida de seis personas cercanas (familiares, amigos, etc.) por lo que la cifra de afectados directos e indirectos podría llegar a unos siete millones de personas al año<sup>2</sup>. Además que por cada suicidio consumado puede haber de diez a veinte intentos autodestructivos que afectan a familiares y amigos, con los que la cifra de influencia de las conductas suicidas es demasiado importante. Se demanda por tanto la ampliación del saber sobre la cuestión. Actualmente podemos encontrar muchas y variadas definiciones y clasificaciones de la conducta suicida, suicidio e intento de suicidio<sup>3</sup>. El término suicidio aparece en Gran Bretaña en el siglo XVII, mientras que otros investigadores consideran que surgió en Francia en el siglo XVIII. Se ha defendido que la palabra la utilizó por primera vez el abate Prévost (1734), de quien la retomaría el abate Desfontaines (1737), siendo incluida por la academia francesa de la lengua en 1762 como el acto del que se mata a sí mismo. En España se utiliza por primera vez en la obra de Fray Fernando de Ceballos,

incorporándose en el Diccionario de la Real Academia Española en su quinta edición, publicada en 1817. La palabra suicidio proviene del latín y está formada por dos partes; *sui*, de sí mismo, y *cidio*, del verbo *caedere*, matar y cortar, traducándose literalmente como la acción de matarse a sí mismo o quitarse voluntariamente la vida uno mismo, es por lo tanto una conducta encaminada a la autodestrucción del propio individuo.

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (desde ahora OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida, es una práctica humana universal que se da en todas las épocas, países, culturas y sociedades<sup>3</sup>. Según los términos Descriptores en Ciencias de la Salud (desde ahora DeCS), es el "acto de matarse a sí mismo".

El suicidio además se puede clasificar de acuerdo con la intención y el método en estilos duros, violentos o agresivos como el ahorcamiento, el uso de armas de fuego, objetos o armas cortantes, el salto desde altura y estilos blandos, suaves o no violentos como sería la ingesta masiva e intoxicación por fármacos.

Resumiendo las anteriores definiciones se puede decir que el suicidio es el acto por el cual un ser humano decide ponerle final a su vida, una decisión límite que llega en muchas ocasiones como consecuencia de la vivencia de algún suceso traumático o problema inasumible que el individuo no logra superar aún con la pertinente terapia y apoyos sociofamiliares.

Se denomina conducta suicida a la acción intencionada de un individuo de producirse a si mismo daño físico o la muerte. Es un término amplio que incluye el pensamiento de acabar con la propia existencia o ideación suicida (sin proyecto a la acción, con método inespecífico, con método pero sin planificación y el plan suicida que contiene el método, el lugar, los tiempos y las precauciones a tomar), el intento de

suicidio y el suicidio. La conducta autolítica es el gesto mediante el cual un individuo se produce una lesión con independencia de lo letal del método utilizado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no el fallecimiento del sujeto. El término definido por O'Carroll de conducta suicida contiene además diferentes formas de exteriorizar la intención autolítica del individuo clasificándolas como; suicidio, intento suicida y la ideación suicida<sup>5,6</sup>. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición, DSM 5, de la Asociación Psicológica Americana, APA<sup>7</sup>, considera la conducta suicida como un síntoma de la depresión mayor, el trastorno límite de la personalidad, la esquizofrenia, el consumo de drogas de abuso, de los trastornos de ansiedad y en un diez por ciento de los casos de individuos sin patología psiquiátrica alguna<sup>6,7</sup>.

Se define al intento de suicidio como el ensayo o prueba fracasada de matarse a sí mismo, se incluyen los actos autolesivos con variabilidad en la intención de morir y las lesiones autoinflingidas que no alcanzan un desenlace mortal. Según los términos DeCS es el intento fracasado de matarse a sí mismo. El intento suicida es diferente del parasuicidio, en el que existe el daño autoinfligido pero no una intencionalidad clara de conseguir la muerte; el parasuicida puede buscar una manera de manipulación ofreciendo un castigo o premio a un tercero, demostrar valor e ira o una fórmula para conseguir un cambio en una situación personal que no acepta o le es desventajosa.

## **1.2. HISTORIA**

El hombre a través de su historia ha abrazado el acto suicida de diversas formas, bajo diferentes condiciones y por múltiples motivos. En la Grecia y Roma clásicas, el suicidio era visto en muchas ocasiones de una forma favorable, pues la vida valía ser vivida en términos de calidad más que de longevidad, se permitía la consumación del

suicidio tras la solicitud de permiso y explicación de los motivos a las autoridades competentes. Para los romanos y los griegos, morir decentemente y con dignidad, era muy importante. Con la llegada del cristianismo, San Agustín en el siglo IV y después, Santo Tomás de Aquino en el siglo XIII, consideran el suicidio como un acto contrario a la razón, pecaminoso e inmoral<sup>8</sup>. Esta forma de pensar perduró en el mundo occidental durante largo tiempo hasta que en los siglos XVII y XVIII Montesquieu, Diderot, Beccaria y Voltaire ponen en tela de juicio la penalización de los suicidas. Más adelante en el siglo XIX Esquirol relaciona la enfermedad mental y suicidio de dos formas, primeramente el suicidio es causado por una patología mental y se considera un síntoma y una segunda en la que únicamente algunos suicidios están causados por la enfermedad y propone la potencial influencia de los factores sociales.

La teoría sociológica del suicidio surge y se desarrolla con fuerza a lo largo del siglo XIX en toda Europa<sup>8</sup> en las obras de Morselli, Masaryk, Guerry, Étoc-Demazy, Winslow, Casper, Müller y Wagner entre otros.

La claridad y sencillez en las teorías sociológicas se alcanzan con el estudio realizado por Emile Durkheim sobre el suicidio en 1897 titulado "*Le suicide*"<sup>9</sup>. Este título se convierte en un modelo de estudio sociológico clásico cuyas definiciones se perpetúan aún en los estudios actuales sobre el suicidio y la conducta suicida. Cuando Durkheim comienza su trabajo, está interesado en definir el término suicidio y lo explica como todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por el sujeto, y que debería producir ese resultado<sup>9,10</sup>. El suicidio no se puede manifestar solamente por motivaciones individuales, es la misma sociedad a través de ciertos individuos la que se suicida.

Su estudio explica que se pueden aceptar factores externos al individuo como; los económicos, climáticos, geográficos, la guerra, la religión, etc. para explicar el suicidio.

Nos ofrece además la idea de la existencia de sociedades suicidógenas donde el suicidio es una tendencia, como podría serlo la pobreza. La teoría de Durkheim puede resumirse diciendo que los suicidios son fenómenos individuales (también se dan en colectivos), que expresan causas básicamente sociales. Los sujetos que poseen sensibilidades afinadas y vulnerables, por su debilidad nerviosa y por ciertas perturbaciones neuróticas son más proclives al suicidio.

Durkheim dedujo cuatro categorías de suicidios de su estudio comparativo en varias sociedades europeas<sup>9</sup>, tres principales; el suicidio egoísta, el altruista y el anómico además de describir someramente una cuarta clase, el suicidio fatalista.

Suicidio egoísta: es aquel que se deriva de la alienación del individuo respecto de su medio social, es decir el sujeto no posee integración social. Es común en sociedades donde factores culturales, como el religioso, en especial el protestantismo, acentúa el individualismo y el egocentrismo, elemento concluyente en esta modalidad de autosacrificio.

Suicidio altruista: es el que se encuentra en sociedades con alto grado de integración social y rígidamente estructuradas; que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal. El individuo se sacrifica pues por sus sensaciones y sentimientos de pertenencia a una sociedad, la persona pierde todo sentido de individualismo. Es el suicidio que se comete animado por un ideal, o por una extrema vergüenza cuando se rompen las normas grupales. El individuo sacrifica su vida por una exigencia social interiorizada en su educación, y obedece las órdenes del grupo a quien cree que beneficiara. El comportamiento suicida de los kamikazes, o los suicidios por motivos políticos y religiosos, serían claro ejemplo de este tipo.

Suicidio anómico es el más característico de las sociedades modernas, es el que se da cuando existe un daño y cambio brusco de los valores sociales, que produce desorientación individual y un sentimiento de falta de significado de la vida en el individuo. Puede surgir en episodios como la guerra, las crisis económicas o por causas individuales como la rápida movilidad social o la industrialización ya que son sucesos que destruyen los valores y la autoridad históricamente aceptada. El suicidio anómico refleja correlación estadística entre la frecuencia de los suicidios y las fases del ciclo económico, con una tendencia al aumento de los suicidios tanto en los períodos de crisis económica como en las fases de gran prosperidad.

El suicidio fatalista, del que se habla brevemente en la obra de Durkheim, es el que se da en sociedades donde las reglas a las que están sometidos los sujetos son demasiado inflexibles y en la que los individuos por tanto no pueden escapar o abandonar la situación que los somete. Las culturas y sociedades que permiten la esclavitud serían claro ejemplo de comunidades en las que se da este tipo de suicidio.

### **1.3. MODELOS Y TEORÍAS**

Desde el siglo XX hasta la actualidad además de otras líneas de investigación y justificación de fundamento biológico y genético, encontramos teorías psicológicas entre las que destacan por actuales e integradoras las basadas en modelos multidimensionales.

a) Modelo psicoanalítico. Todos los autores del psicoanálisis convergen en que el suicida mientras se trata de resistir y controlar las fantasías e impulsos que llevan a la autodestrucción, tiene como etapa previa, una crisis psicológica y emocional con sentimientos y reacciones de desconcierto y ambivalencia.

Sigmund Freud<sup>11</sup> expone razones psicológicas a la conducta suicida, defendiendo motivos intrapsíquicos, en el espíritu del hombre y no en el medio social donde vive, el suicidio es una condición básica del ser humano al que todo individuo puede ser vulnerable y cuyo origen reside en el instinto de muerte, que al buscar un reposo eterno puede expresarse con el suicidio. Valora a los impulsos hacia el suicidio como homicidas, orientados en primer lugar hacia otras personas aunque posteriormente dirigidos hacia el objeto amado previamente introyectado. Lo más significativo es la agresión y hostilidad hacia sí mismo al no poder ser exteriorizada, por tanto consideraba al suicidio como un homicidio del individuo contra su propia persona<sup>11</sup>.

Karl Menninger<sup>12</sup> expresó de nuevo los conceptos de Freud sobre el suicidio y también hizo referencia al concepto psicodinámico de agresión en relación al suicidio. Explicó la existencia de tres componentes de la pulsión hostil; el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. El reconocimiento por parte del individuo de los deseos de matar, chocan frontalmente con el Superyó, lo cual de forma inconsciente genera sentimientos de culpa, con una necesidad de tener un castigo, de forma que el individuo llega a ser incapaz de creerse merecedor de seguir viviendo<sup>12</sup>.

Clasifica al suicidio en crónico, orgánico o focal. Crónico cuando se realiza la autodestrucción por medio de la soledad, actitud melancólica, adicción alcohólica, conducta antisocial y psicosis; focal cuando se centra en una parte del cuerpo, representándose por medio de automutilaciones, enfermedades simuladas, accidentes, impotencia sexual y orgánica cuando se centra en los factores psicológicos de las enfermedades orgánicas, especialmente los componentes eróticos y agresivos.

Robert E. Litman<sup>13</sup> por su parte incluye nuevos aspectos a considerar además de la hostilidad al hablar del paciente suicida como son la culpa, la ansiedad, la dependencia, la desesperanza, inutilidad y abandono. Explica que la diferencia entre la conducta



autolítica directa e indirecta es la meta consciente que se persigue. Si la meta principal es dañarse a sí mismo la conducta autodestructiva es directa y el suicidio es su forma extrema. En la conducta autolítica indirecta el dañarse a sí mismo no es la meta principal, sino un efecto indeseado e incluye acciones como el autocastigo y conductas de riesgo que superpuestas acrecientan la posibilidad de traumatismos graves y la muerte. Creó la técnica de la Autopsia Psicológica como método retrospectivo de exploración de un fallecido para averiguar si su muerte se trata de una muerte natural, accidental o por suicidio<sup>13</sup>.

b) La teoría y terapia cognitiva de Ellis y Beck. La terapia racional emotiva (TRE) fue desarrollada por el psicólogo americano Albert Ellis (Doctor por la Universidad de Columbia) que además fundó el Instituto Albert Ellis en Nueva York y es calificado como uno de los profesionales de la psicología más influyentes de todos los tiempos. El objetivo de su teoría fue modificar las ideas irracionales disfuncionales que subyacen en los estados de malestar psicológico que conducen a la patología mental como la depresión. Considera al ser humano como un ser biopsicosocial que establece metas y proyectos e intenta conseguirlos como permanecer vivo, conseguir bienestar o librarse del malestar. Ellis propone el modelo ABC para analizar relaciones entre acontecimientos activadores (A) que no provocan emociones por sí mismos, cogniciones o interpretaciones (B) del suceso activador y consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C) de esas interpretaciones del evento activador. Los pensamientos irracionales son cogniciones totalitarias e incontestables "el debería o tendría" que producen emociones negativas que interfieren en la consecución de las metas de los individuos. Su teoría destaca cuatro maneras de pensamiento irracionales; autoexigencias, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración y pérdida de creencia en el valor humano.

La teoría cognitiva del suicidio del psiquiatra Aaron T. Beck<sup>14</sup> explica que la conducta suicida se relaciona con la depresión, en la que los patrones cognitivos nocivos como una visión negativa de sí mismo, interpretar las experiencias de forma negativa, una visión perjudicial del entorno, del mundo y del futuro, crean una imagen deformada de la realidad.

Para Beck las ideas de suicidio nacen como un deseo de huida frente a problemas o escenarios que la persona concibe como insufribles, irresolubles y de los que no tiene escapatoria. Explica además que la desesperanza, como un sistema de patrones cognitivos sobre expectativas negativas de futuro, está ligada a la consumación del acto suicida. La persona llega a verse a sí mismo como una carga inútil, por lo que piensa que lo mejor para sí mismo y para todos los demás sería no estar o morir<sup>14</sup>.

Se debe nombrar la teoría y modelo cognitivo del autocontrol de Lynn Rhem (1977) sobre la depresión, que se basa en el aprendizaje social. Para Rehm la depresión es consecuencia de la pérdida de un reforzamiento externo que en consecuencia influye en el control de la propia conducta. Su teoría se puede asimilar a un modelo de diátesis-estrés donde la falta de autocontrol (vulnerabilidad) interactuar con la ausencia de reforzadores externos (estrés) para desembocar en una situación depresiva.

c) Modelo de la Desesperanza o Indefensión Aprendida de Seligman<sup>15</sup>. Seligman basa su explicación en que la percepción prolongada en el tiempo de discrepancia entre los objetivos ambicionados y los resultados conseguidos provoca en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control.

El aprendizaje e interiorización de la falta de control provoca tres carencias en la personalidad; la motivacional, cognoscitiva y emocional que desembocarán en depresión.

Esta teoría muestra una relación especial del sujeto con el entorno y con su propio desarrollo como ser social, esta situación y vínculo no lleva al sujeto a su integración, sino que provoca el progresivo desligamiento y distanciamiento entre el sujeto y la sociedad. Es evidente que todo ser humano posee aspiraciones y objetivos particulares en su vida, dichas aspiraciones y objetivos (ya sean económicos, sociales, laborales, emocionales o espirituales) le motivan a seguir esforzándose hasta alcanzarlas, pero si su percepción no correlaciona dichos esfuerzos con las aspiraciones y objetivos propuestos y considera que los resultados de sus acciones no son las que esperaba, cree que no puede alcanzarlas, se desvincula de la realidad, se deprime, se considera impotente y comienza a tener ideas suicidas. Este estado provoca en el individuo un alejamiento constante y progresivo con la sociedad, limitándose así su propio desarrollo<sup>15</sup>.

Cuando existe la misma probabilidad ante un suceso de que se produzca un consecuencia o no, se producen aprendizajes a nivel conductual que hace disminuir la iniciación de grupos de respuesta para controlar el resultado, a nivel cognitivo se va a reafirmar la idea de la inutilidad de la respuesta que entorpecerá el creer que las respuestas son eficaces y aprendizaje a nivel emocional (sobretudo cuando el efecto es negativo) produciendo ansiedad aguda seguida de depresión.

El estilo atribucional negativo o la manera de explicar los resultados negativos mediante causas internas, estables y globales se asocia con el desarrollo de la sintomatología depresiva. Este estilo de atribución depresógeno se manifiesta en las personas proclives a la depresión. Lyn Abramson, Martin Seligman y Jhon Teasdale propusieron tres dimensiones atribucionales para explicar los primeros tres de los cuatro problemas de la indefensión (autoestima disminuida, autoinculpación, cronicidad de los déficits depresivos y estado de ánimo deprimido como síntoma): Internalidad y

Externalidad basado en que la causa se encuentra dentro o fuera del sujeto, Estabilidad e Inestabilidad cuando la causa permanece o no dura en el tiempo; y Globalidad y Especificidad asentado en que la causa afecta a otras zonas de la vida del individuo o actúa solamente en el incidente que se está evaluando<sup>15</sup>. Abramson también señala la existencia de un factor motivacional como en los casos de ocurrencia de sucesos altamente aversivos o de la pérdida de control ante un evento altamente deseable.

d) Teoría de los Constructos Personales (TCP) de George A. Kelly, el constructo personal es un proceso básico de organización a través del cual se concede significado a las experiencias particulares, organizando la entrada de estímulos externos de acuerdo con los esquemas que se han ido configurando en el individuo a lo largo del tiempo. Kelly<sup>16</sup> define al suicida como: “aquel que con la muerte pretende validar la vida y que acude a esa solución, bien sea porque su mundo le resulta impredecible o bien, en el caso opuesto, porque sus anticipaciones le parecen excesivamente regulares, obvias y carentes de interés”. El individuo que presenta estas conductas posee una marcada visión en túnel y decide no aferrarse ni continuar con la vida, pues siente que esta no le permite participar conforme sus expectativas y necesidades, en consecuencia el suicidio se manifestaría como una forma extrema de depresión, que acepta o rechaza la definición de la vida.

Todo sujeto tiene fórmulas propias de adaptación al medio que le rodea en función de su nivel de organización del conocimiento, lo cual posibilita al individuo para adaptarse o no al medio de acuerdo a su manera de construir y procesar las experiencias, esto se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, es decir que la realidad es interpretada por las experiencias construida de cada persona, siendo esta condición, la interpretación particular la que orienta y modifica la conducta<sup>16</sup>.

e) Neuropsicología, teoría genética y neurobioquímica. Las investigaciones pioneras en cerebros de suicidas y las pesquisas de los niveles de ácido 5-hidroxiindolacético, metabolito de la serotonina 5-HT (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo han brindado una valiosa información sobre el papel de la serotonina en la conducta suicida. La desinhibición, agresividad, y la impulsividad asociadas con el comportamiento suicida, tienen que ver con la neuropsicología y neurobiología. Estudios sobre; neurotransmisores, hormonas, receptores neuroquímicos, alteraciones neuroanatómicas, biomarcadores (colesterol y ácidos grasos poliinsaturados), genética molecular y neuroimagen están abriendo un gran campo en la investigación de pacientes que han sufrido conductas suicidas<sup>17</sup>. Otra línea fecunda de investigación biológica en suicidio viene del estudio del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. Así se han medido 17-hidroxycorticoesteroides y cortisol libre en orina, o cortisol en sangre o LCR. Se estudia y se debe considerar el mecanismo hereditario de la conducta suicida que podría incluir la transferencia de la enfermedad psiquiátrica de base o la existencia de una herencia del mismo comportamiento suicida.

f) Modelos multidimensionales, procuran explicar el fenómeno de la conducta suicida con un amplio enfoque que abarca simultáneamente varios puntos de vista por la complejidad de la conducta suicida además de la obligación de buscar explicaciones eficientes a la vez que productivas. Los principales son el modelo cúbico del suicidio de Shneidman, el arquitectónico de Mack, el de trayectorias de desarrollo del suicidio de Silverman y Felner, el paradigma basado en el estado de la mente de Bonner y Rich, el de superposición de Blumenthal y el modelo de Joiner.

1 - Modelo Cúbico. Shneidman<sup>18,19,20</sup>. Este autor citado también como padre de la moderna suicidología<sup>19</sup> observó cuatro características psicológicas en los sujetos que querían suicidarse:

1. Perturbación o intranquilidad aguda, que implica una contracción o reducción de la percepción y la cognición por lo que su principal resultado es el estrechamiento de las posibilidades de elección.
2. Constricción aguda y casi repentina del foco intelectual de la persona.
3. Mayor hostilidad, incremento del odio a sí mismo, autoaborrecimiento, vergüenza, culpa y autoinculpación.
4. La idea del cese, la toma de conciencia de que es posible terminar al fin con este dolor psicopatológico<sup>20</sup> tan terrible, tan insoportable.

Shneidman<sup>20,21</sup> comprendiendo y analizando estas características psicológicas propone un modelo de la conducta suicida que enlaza la psicología con lo psicosocial<sup>23</sup> y reafirma que la Suicidología pertenece a la Psicología porque el suicidio es una crisis psicológica<sup>22,24</sup>. El modelo se representa gráficamente por un cubo formado por 125 cubiletes, estos cubiletes se juntan de cinco en cinco integrando así el cubo completo. Las tres caras visibles del cubo representan los tres factores componentes; el dolor, la perturbación y la presión (Figura 1). Dolor, es el dolor psicológico que surge por las necesidades anímicas frustradas provenientes de emociones negativas como la culpa, la vergüenza, el miedo o la vivencia de una experiencia traumática<sup>18</sup>. Se trata de un dolor que puede llegar a ser inhumano<sup>20</sup>, de forma que el suicidio o la muerte sea la única salida para procurar alivio. Consta de una escala que va desde el mínimo dolor al insoportable. Perturbación, implica la contracción de la percepción y la cognición, su

principal consecuencia es el estrechamiento de las posibilidades de elección, se crea un cuello de botella o un túnel al que no se ve la salida. El individuo se debate entre futuro y la indefensión y desesperanza. Consta de una escala graduada desde mínima perturbación caracterizada por una mente abierta, pensamiento claro y elevada tolerancia, hasta la máxima perturbación definida por un estrechamiento del razonamiento y alta impulsividad. Presión, surge de las situaciones que hacen que un individuo reaccione de manera positiva constructiva, activa y evolutiva o negativa y destructiva. La interpretación catastrófica de situaciones o emociones del sujeto en escenarios humillantes y alienantes pueden precipitar el suicidio en individuos aislados socialmente y sin redes de apoyo. Se gradúa desde la mínima presión a la máxima presión.



Figura 1. Representación Gráfica del Modelo Cúbico de Shneidman. Elaboración propia.

El cubilete que comparte las tres caras del cubo y que se encuentra en la gradación máxima de dolor, perturbación y presión, es el que representa a los suicidas. Otros factores como los demográficos, económicos y familiares se encontrarían en un segundo plano.

Según Shneidman, el suicidio es el "acto consciente de aniquilación autoinducida, que se comprende mejor como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que define una situación para la cual este acto se percibe como la mejor solución".

Shneidman también<sup>18,19</sup> desarrolla y difunde las que son para él las diez características comunes del suicidio:

1. La intención común y final es buscar una solución a un problema.
2. La meta común es la detención y parada de la consciencia.
3. El estímulo común es un dolor psicológico insoportable<sup>20</sup>.
4. El factor estresante común es la necesidad psicológica frustrada.
5. La emoción común es la desesperanza o la impotencia.
6. El estado cognitivo común es la ambivalencia.
7. El estado de percepción común es la visión en túnel.
8. La acción en común es la salida o el escape.
9. El acto interpersonal común es la comunicación de las intenciones suicidas.
10. La norma común consiste en continuar utilizando los mismos patrones y esquemas que se han empleado para dirigir y encauzar la vida.

2 - Modelo arquitectónico de Mack<sup>25</sup>, consta de diversos factores; a) el macrocosmos o la influencia que ejerce la cultura, la actividad económica, los factores sociopolíticos y el sistema educativo, b) la vulnerabilidad biológica o factores genéticos, las experiencias tempranas que tienen influencia sobre etapas precoces del desarrollo, c) la organización de la personalidad con la autoestima, las relaciones del individuo, que incluye a los padres, el grado de separación, identificaciones, lazos con otros adultos y relaciones con los amigos, d) la psicopatología o la existencia de cuadros depresivos y



alcoholismo, la ontogenia como relación entre el desarrollo y la muerte y por último e) las circunstancias vitales son factores precipitantes tanto biológicos como sociofamiliares por ejemplo, la pérdida de un ser querido, el abandono del cónyuge, la violencia intrafamiliar y el consumo de alcohol o drogas.

Mack afirma que cuando todos estos elementos se agrupan son un poderoso desencadenante de la conducta suicida principalmente en los jóvenes.

3 - La teoría del estado de la mente<sup>26</sup>. Sus dos autores conjeturan que el fenómeno de la conducta suicida es un proceso dinámico y circular, del que los individuos pueden entrar y salir según las variables implicadas en el suicidio que estén presentes en cada etapa, el cual los coloca en un paradigma biopsicosocial amplio. Es decir que de acuerdo a cada experiencia y el momento en el que se encuentre viviendo el individuo este puede entrar a la zona de conductas suicidas y salir del mismo si estas experiencias y momentos dejan de existir, creando un círculo dinámico en el cual la persona se ve atrapada, influida por el contexto social y su estado psicológico propio. Estos autores proponen la existencia de dos grupos de variables: el contexto socioindividual y el "estado mental suicida".

En cuanto al contexto socioindividual, éste comprende el ambiente social (en el que diferencian los factores propios del contexto social general, es decir que se definen los intereses, objetivos, aspiraciones particulares y del contexto social inmediato, es decir su realidad actual), y el entramado individual (incluyen en éste las enfermedades psiquiátricas, los factores bioquímicos, factores cognitivos, evolutivos y de personalidad, el nivel de tolerancia al estrés y los modos de afrontamiento del mismo). En cuanto al "estado mental suicida", se trata de un término mediante el cual designan al conjunto de características psicológicas presentes e implicadas en la conducta suicida.

Estas variables son: depresión, desesperanza, soledad, baja autoestima, ausencia de motivos para vivir y evaluación positiva del suicidio como la única manera para resolver problemas a los que no se ve salida.

4 - Modelo de superposición de Blumenthal<sup>27</sup>. Interpreta la existencia de cinco áreas de vulnerabilidad o grupos de factores de riesgo al suicidio; trastornos psiquiátricos, rasgos y trastornos de personalidad, factores psicosociales y ambientales como son la situación económica, medios de comunicación, drogas, alcohol, depresión, proyectos de vida inexistentes, sentimiento de vacío y soledad, sentimientos de culpa, etc., variables genéticas y familiares como serían un ambiente familiar conflictivo, desestructurado y poco cohesionado además de factores biológicos.

Cada una de estas áreas (Figura 2) corresponde a una zona de influencia, y pueden ser representadas de manera gráfica mediante una serie de diagramas de Venn ligados que se superponen los unos a los otros.

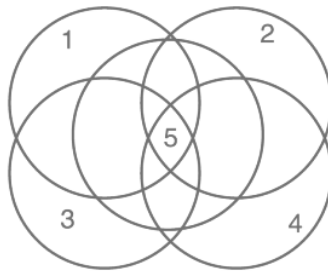


Figura 2. Representación Gráfica del Modelo de superposición de Blumenthal. Elaboración propia.

Factores de vulnerabilidad al suicidio:

- Trastornos psiquiátricos.
- Trastornos y rasgos de la personalidad.
- Factores psicosociales y ambientales.
- Genética y familia.
- Factores biológicos.

La interacción o superposición de estos factores de vulnerabilidad entre sí puede incrementar el peligro de aparición de conducta suicida pero al mismo tiempo destaca y llama la atención al poder repasar las áreas de influencia del modelo y proveer a los terapeutas de una herramienta para la evaluación, prevención y tratamiento adecuados<sup>28</sup>. La posible capacidad de intervención sobre estas esferas de vulnerabilidad es manifiesta ya que la presencia de ciertos factores protectores, como flexibilidad cognoscitiva, esperanza, apoyos sociales sólidos y tratamiento psicológico adecuado, contribuye a la defensa contra la conducta suicida.

5 - Modelo trayectorias de desarrollo del suicidio de Silverman y Felner<sup>29</sup>. Los autores utilizan el concepto de vulnerabilidad personal, que es el resultado de la exposición a factores de riesgo y a factores protectores. Afirman que hay diferentes etapas en la vida en las que se puede alcanzar una significativa vulnerabilidad. Todo ser humano a lo largo de su existencia pasará por períodos de su vida en los cuales se encontrará con un alto nivel de vulnerabilidad (enfermedades, duelos, pérdidas, etc.) que podría predisponer, empujar y llegar a desembocar en conductas suicidas.

Existe una serie de procesos que conducen al suicidio que surgen y se desarrollan durante un determinado tiempo. El objetivo general de la prevención consistiría en modificar esos procesos que conducen a un determinado trastorno o actuar en cada una de estas etapas de la vida distorsionadas, examinando la presencia de condiciones de riesgo suicida, y actuando sobre los componentes de riesgo mediante programas individuales.

6 - Modelo de Diátesis Estrés de Mann. Este modelo pretende determinar qué personas son vulnerables a intentar suicidarse y establecer cómo la vulnerabilidad se relaciona con la aparición de la conducta suicida. Mann (Figura 3) propone que el

suicidio está definido por la interacción entre unos posibles estresores y la diátesis o predisposición a la ideación autodestructiva, conductas suicidas, agresividad, alta impulsividad, depresión y desesperanza<sup>30</sup>.

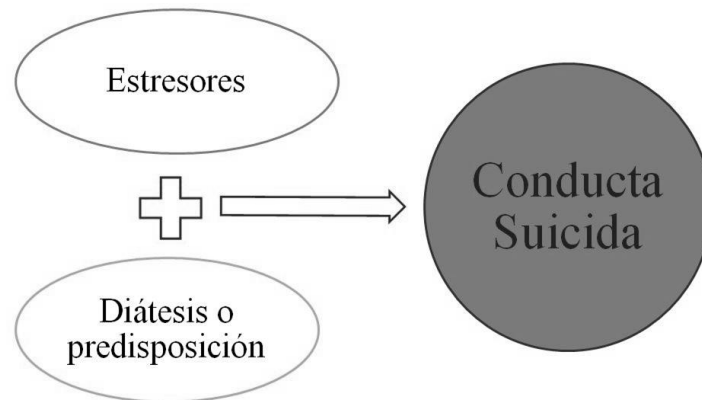


Figura 3. Representación Gráfica del Modelo de Diátesis Estrés de Mann. Elaboración propia.

Su punto de partida presupone que la conducta suicida es la resultante de la interacción entre el estrés y la predisposición a la conducta suicida o diátesis. La diátesis para la conducta suicida incluye una combinación de factores como el género, la religión, componentes genéticos y familiares, experiencias tempranas, redes de apoyo social, capacidad de afrontamiento a la solución de problemas y disponibilidad de acceso a métodos de suicidio altamente letales. Los autores sostienen que la función serotoninérgica constituye un mecanismo de contención de la conducta, de ahí el riesgo de alta impulsividad asociado a la hipofunción serotoninérgica. Sus hipótesis se concretan en dos modelos, uno referido al suicidio consumado (a partir de estudios biológicos *postmortem*) y otro a los intentos de suicidio. En ambos los factores predisponentes (genética, sexo, privación afectiva temprana, niveles bajos de colesterol y abuso de sustancias), a través de la disminución de la actividad serotoninérgica, predisponen al sujeto a reaccionar ante ciertos factores estresantes con una conducta auto o heteroagresiva, lo que refleja una incapacidad de los mecanismos de contención.

7 - Modelo de Joiner. Este autor propone un modelo en el que la impulsividad se relaciona con la conducta suicida de forma indirecta. La conducta impulsiva o el comportamiento impulsivo según los términos DeCS se define como una acción, en respuesta a un estímulo, que es ejecutada sin demora, reflexión, dirección voluntaria o control evidente. La impulsividad empuja a los sujetos a situaciones adversas en su entorno y estilo de vida peligrosos o de alto riesgo, como sería sufrir más accidentes laborales, deportivos o de tráfico y estar más inclinado al consumo de drogas de abuso como el alcohol o la cocaína<sup>31</sup>. Joiner señala la importancia de la instauración de la impulsividad como rasgo estable de la personalidad convirtiéndose así en uno de los principales factores que relaciona con el suicidio<sup>32</sup>. El suicida en potencia por lo tanto debe enfrentarse con la decisión entre dos ideas contrapuestas; la de morir y la de no matarse y vivir<sup>33</sup>. Para cometer una conducta suicida y lograr la muerte hay que aprender dos cosas; lo primero es perderle el miedo a la muerte superando el instinto innato de la especie de conservación de la vida y lo segundo es aprender la técnica de quitarse la vida. Estos no son aprendizajes y conductas que se realicen con la facilidad que parece<sup>32,33</sup>, más bien llevan un proceso que puede ser largo y tedioso.

El deseo de la propia muerte es un agregado de una evaluación de ser una carga para los demás y de la conciencia de no pertenecer a nada; si ambos factores se dan conjuntamente se produce un deseo que puede ser letal cuando además se cuenta con dos ventajas como son; la falta de miedo y la habilidad experimentada de producirse una autolesión<sup>34</sup>.

Joiner afirma que con la práctica se aprende a superar el instinto natural de autoconservación y la técnica para matarse a uno mismo, ya que los suicidas se acostumbran al peligro, al miedo y al dolor de diversas formas. Para algunos, esta práctica es intencional, se imponen conductas temerarias, cometen tentativas de

suicidio, pueden tener un historial de accidentes o de intervenciones médicas o reciben daños de manera secundaria. Considera además que los suicidas potenciales están expuestos por su trabajo a convivir a diario con el dolor y el sufrimiento, como por ejemplo enfermeras, bomberos, socorristas, policías, médicos de urgencias, forenses, deportistas y soldados<sup>35</sup>, creando en estos individuos una resistencia al dolor y al sufrimiento. Con el tiempo, la autoagresión y las situaciones peligrosas se vuelven poco amenazadoras y hasta habituales y familiares, haciendo que la conducta suicida sea mucho más fácil de llevarse a cabo (existe una reducción del miedo a morir aprendida y entrenada).

g) Modelo de Cuidados Enfermeros. La nomenclatura de enfermería 3N, NANDA, NIC, NOC<sup>36,37,38,39</sup> describe en relación con la conducta suicida y con el intento de suicidio determinados diagnósticos enfermeros, que tienen unos objetivos unas intervenciones determinadas para los cuidados de los pacientes. La utilización de esta taxonomía es muy útil en la puesta en práctica de los cuidados enfermeros y en la prevención de las conductas suicidas, pues es un valioso instrumento de ayuda al profesional para obtener, organizar y planificar el procedimiento de cribado de la población en general y de los grupos de riesgo así como el proceso de cuidados y seguimiento de los pacientes ya diagnosticados, como lo serían los de riesgo de conducta suicida.

El cribar es un proceso que permite seleccionar a aquellas personas que tienen un alto riesgo de una enfermedad o condición clínica. No es por lo tanto una valoración diagnóstica definitiva ya que los individuos que dan positivo en el procedimiento deberán confirmar el problema de salud con pruebas complementarias que reafirmen la existencia de una dificultad subsidiaria de recibir cuidados y tratamiento.

Los principales diagnósticos enfermeros<sup>36,37</sup> relacionados con la conducta suicida que pueden utilizarse en el proceso de cuidados son:

- Aislamiento social (00053). Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazante e impuesta por otros.
- Riesgo de sufrimiento espiritual (00067). Riesgo de sufrir una alteración de la sensación de conexión armoniosa con la vida y con el universo en la que pueden modificarse las dimensiones que trascienden al yo y le confieren poder.
- Sufrimiento espiritual (00066). Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo.
- Riesgo de violencia autodirigida (00140). Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.
- Riesgo de lesión (00035). Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con recursos adaptativos y defensivos de la persona.
- Riesgo de automutilación (00139). Riesgo de presentar una conducta deliberadamente autolesiva que, para aliviar la tensión, provoca un daño tisular en un intento de causar una lesión no letal.
- Riesgo de intoxicación (00037). Aumento del riesgo de exposición accidental o de ingestión de sustancias o productos peligrosos en dosis suficiente para originar una intoxicación.
- Automutilación (00151). Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal.
- Riesgo de suicidio (00150). Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.

- Baja autoestima crónica (00119) Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.
- Baja autoestima situacional (00120). Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.
- Afrontamiento individual inefectivo/Afrontamiento ineficaz (00069). Incapacidad para apreciar de forma válida los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.
- Temor (00148). Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.
- Desesperanza (00124). Estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.
- Ansiedad (00146). Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.
- Procesos familiares disfuncionales (00063). Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución inefectiva de los problemas y una serie de crisis autoperpetuadoras.
- Desempeño ineficaz/inefectivo del rol (00055). Los patrones de conducta y expresiones de la persona no concuerdan con las expectativas, normas y contexto en que se encuentra.



- Deterioro de la interacción social (00052). Intercambio social inefectivo o cualitativamente insuficiente o excesivo.

El intento de suicidio es una importante causa de consulta sanitaria en Atención Primaria, Psicología y Psiquiatría por lo que la prevención, cuidados y contención en el primer escalón de la salud es decir el nivel comunitario por parte de la enfermería de atención primaria<sup>40</sup> o por parte de la enfermera especialista en salud mental<sup>41</sup> podrían disminuir el peligro de muerte por suicidio, los intentos autolíticos, las lesiones físicas y mentales de los intentos autolesivos. Además se podrían evitar potenciales ingresos y reingresos, moderar los niveles de ansiedad desbordados y trabajar la alta impulsividad que acompaña a estos sucesos.

La Enfermería de Atención Primaria y la Especialista en Salud Mental basándose en el proceso de cuidados de enfermería y en el conocimiento de las poblaciones a las que atienden y cuidan pueden detectar problemas de salud y dificultades o carencias psicosociales antes que otras numerosas profesiones sanitarias que conforman los equipos multidisciplinares. La participación del profesional de enfermero<sup>40, 41</sup> en la prevención de la conducta suicida es fundamental ya que sus intervenciones pueden ayudar a los pacientes a acceder a recursos terapéuticos variados, a conseguir un adecuado autocuidado, a potenciar el cuidado de la familia, a reforzar sus apoyos familiares y sociales, a controlar los síntomas en momentos de crisis y a establecer contacto con grupos de autoayuda o de apoyo social.

#### **1.4. ECONOMIA Y CRISIS**

La economía como posible factor causante o predisponente de la conducta suicida, de los intentos de suicidio y suicidios<sup>42</sup> se han estudiado en menor proporción que las investigaciones de corte psicológico, psiquiátrico, sociológico y de salud pública. La economía tiene por objetivo analizar las decisiones y la relación entre los recursos limitados de los que se dispone y las de necesidades de los individuos.

Una economía entra en recesión cuando ha experimentado durante dos trimestres consecutivos un crecimiento negativo del Producto Interior Bruto a partir de ahora PIB (Figura 4). La mayoría de los países europeos entraron en recesión económica durante o a finales del año 2008. En algunos países del sur de Europa (Portugal, España, Francia, Italia, Grecia, Chipre, Malta) se adoptaron medidas de austeridad basadas en el recorte del gasto público social lo que aumenta la desigualdad financiera dentro de la población del país, acrecentando las tasas de paro, el nivel de desempleo y la dificultad de acceso a bienes y servicios de consumo esenciales para el bienestar de la población (Figura 5).

En nuestro país el Banco de España comunicó a principios del 2009 la entrada oficial de España en recesión después que el tercer y cuarto trimestre del 2008 fueran periodos contiguos y consecutivos de caída del Producto Interior Bruto (PIB) Nacional. España ha sido uno de los países de Europa con más ciudadanos afectados por el desempleo que se incrementó y acompañó a la crisis económica en todos sus años su recorrido. El aumento de la tasa de paro a nivel Nacional y Autonómico causan una disminución de recursos de todo tipo (material, monetario, de ocio) en familias e individuos, afectando por ende a numerosos indicadores económicos y sociales que influyen en el riesgo de que se origine y acreciente la conducta suicida.

Desde que en 2009 se publicara una investigación con los datos obtenidos desde 1970 a 2007 en 26 países europeos por la revista Lancet se promovió un gran interés por la posible relación entre crisis económica y conducta suicida.

Butchart y Engström en 2002 afirman que un crecimiento del PIB si no está acompañado de verdadero desarrollo social, mejores condiciones de igualdad, no se manifiesta en mejores condiciones de vida, lo cual se observa en las tasas de suicidio que continúan siendo altas<sup>42</sup>.

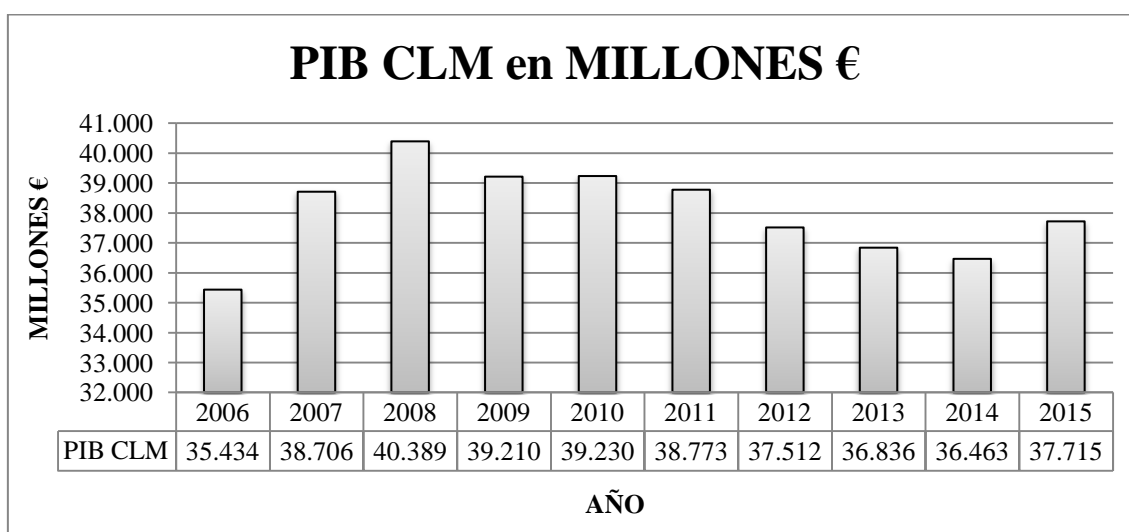


Figura 4. PIB en Castilla-La Mancha en periodo 2006-2015. Fuente INE. Elaboración propia.

Ruiz y Orly en 2006<sup>43</sup> describen que el riesgo de suicidio aumenta en parados, jubilados y en personas con una situación laboral insegura.

Noh en 2009<sup>44</sup> apuntó a probar la hipótesis de que la relación entre las tasas de desempleo y las tasas de suicidio varía de acuerdo con el nivel del PIB per cápita real, concluyo que las tasas de desempleo se relacionan positivamente con las de suicidio únicamente en países con alto ingreso, mientras que para países de bajos o medios ingresos, el efecto del desempleo no tiene la misma influencia sobre los suicidios.

Ferretti y Coluccia en 2009<sup>45</sup> estudiaron la relación entre las tasas de suicidio y los factores socioeconómicos en veinticinco países de la Unión Europea y encontraron que

los países con altas tasas de suicidio son los que padecen altos niveles de tasas de población al borde de la pobreza, altas tasas de crecimiento industrial, y bajo gasto en cuidado de la salud<sup>45</sup>.

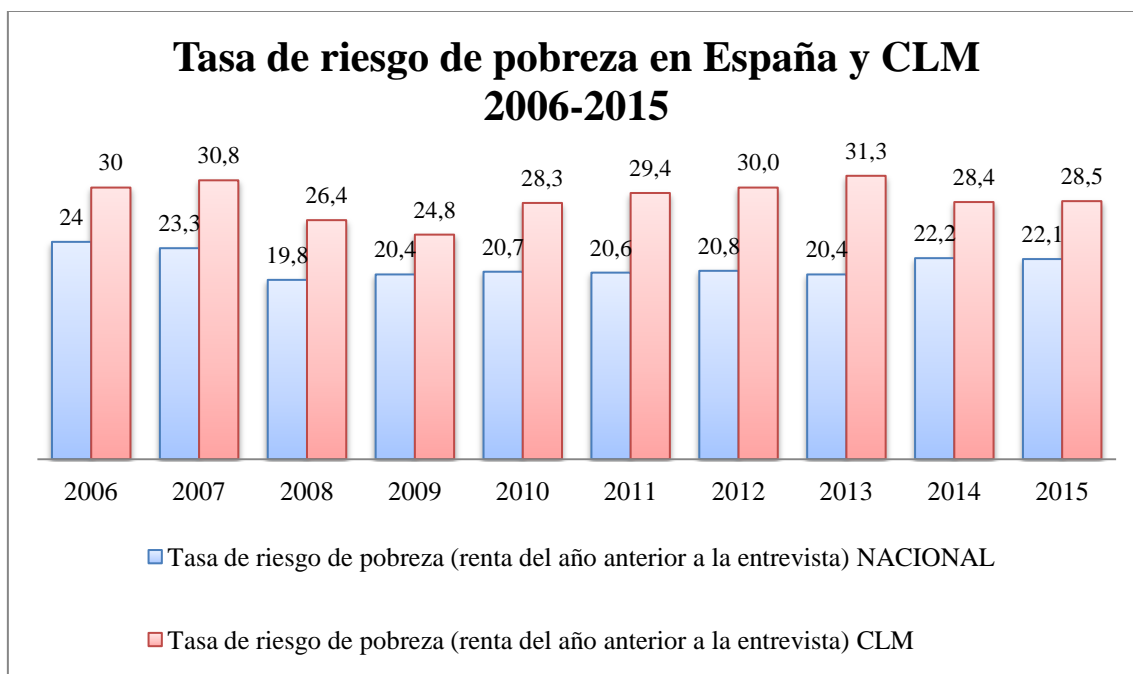


Figura 5. Tasa de riesgo de pobreza en España y en CLM periodo 2006-2015. Fuente INE. Elaboración propia.

Chang, Stuckler, Yip y Gunnell en 2013<sup>46</sup> desarrollan un estudio internacional en cincuenta y cuatro países que concluye que el suicidio se incrementa en las naciones con altos niveles de pérdida de puestos de trabajo y que ese efecto es solamente una pequeña porción del distrés emocional causado por la crisis económica actual<sup>46</sup>.

El estudio *Crisis, suicide and productivity losses in Spain*, publicado en la revista científica *The European Journal of Health Economics*<sup>47</sup> sostiene que en España la tasa de suicidios fue de 8,2 personas por cada 100.000 habitantes en el año 2013, el 31% de los sujetos que se suicidaron se encontraban en edad laboral. Se pone de manifiesto que un aumento del 1% en el Producto Interior Bruto (PIB) per cápita genera una reducción de 0,08 suicidios por cada 100.000 habitantes. El Estudio investigó las muertes por

suicidio y su relación con la crisis económica en 17 regiones de España. Una de sus conclusiones es que se perdieron por el suicidio de sujetos en edad de trabajar de un total de 38.038 años potenciales de vida laboral, es decir de una pérdida de 566 millones de euros si se traduce a costes monetarios para el país. Se concluye además de la necesidad de desarrollar programas de prevención del suicidio y de aplicar políticas sociales centradas en las bolsas poblacionales más vulnerables, como son los desempleados.

En el presente estudio dos de los indicadores económicos utilizados fueron el PIB y el PIB *per capita* de España y de Castilla La Mancha, ya que ambos se relacionan bien con la riqueza de los ciudadanos castellano manchegos siendo además un buenos indicadores de la calidad de vida de las personas (Tabla 1).

Tabla 1. Variación del PIB y PIB Per Capita Nacional y en Castilla -La Mancha en el periodo 2006-2015.

Fuente INE. Elaboración propia.

<b>Fecha</b>	<b>PIB M€ Castilla -La Mancha</b>	<b>PIB Per Capita Castilla -La Mancha</b>	<b>PIB M€ Nacional</b>	<b>PIB Per Capita Nacional</b>
2015	37.715M€	18.354€	1.075.639M€	23.200€
2014	36.463M€	17.636€	1.037.025M€	22.780€
2013	36.836M€	17.680€	1.025.634M€	22.518€
2012	37.512M€	17.868€	1.042.872M€	22.562€
2011	38.773M€	18.435€	1.070.413M€	22.900€
2010	39.230M€	18.765€	1.080.913M€	23.200€
2009	39.210M€	18.889€	1.079.034M€	23.300€
2008	40.389M€	19.697€	1.116.207M€	24.300€
2007	38.706M€	19.322€	1.080.807M€	23.900€
2006	35.434M€	18.254€	1.007.974M€	22.700€

Jungeilges y Kirchgassner en 2002 describen una relación positiva entre el ingreso *per capita* elevado y las tasas de suicidio además de explicar que la asociación entre precariedad laboral y suicidio parece deberse a causas económicas que producen una mayor vulnerabilidad a las patologías mentales y estados de ánimo disfuncionales. Encontraron que a mayor ingreso *per capita* o crecimiento del ingreso real, mayores tasas de suicidios. Sin embargo, matizan entre los diferentes grupos de edad, el ingreso alto o bajo es más importante en los grupos de edades medias, mientras que el crecimiento del ingreso es más determinante para las personas mayores.

El Coeficiente de Gini<sup>49</sup> en economía es un indicador fácilmente comparable con otros estudios que se utiliza para cuantificar la desigualdad<sup>49,50</sup> y que representa la distribución del ingreso entre los individuos de un país, región o CCAA en un periodo de tiempo determinado y cuanto se acerca o se aleja de una repartición completamente equitativa o igualitaria. Es decir un índice de Gini igual a 0 es el equilibrio o igualdad total (todos tienen los mismos ingresos) y el valor uno es la absoluta inequidad o una perfecta desigualdad (una persona disfruta de todos los ingresos y las demás de ninguno). El Índice de Gini (Figura 6) sería el coeficiente expresado en porcentajes y se obtiene multiplicando dicho valor por 100. Una variación de dos unidades en este índice corresponde a una repartición de un 7% de riqueza del sector más pobre de una población al más rico de esa misma colectividad.

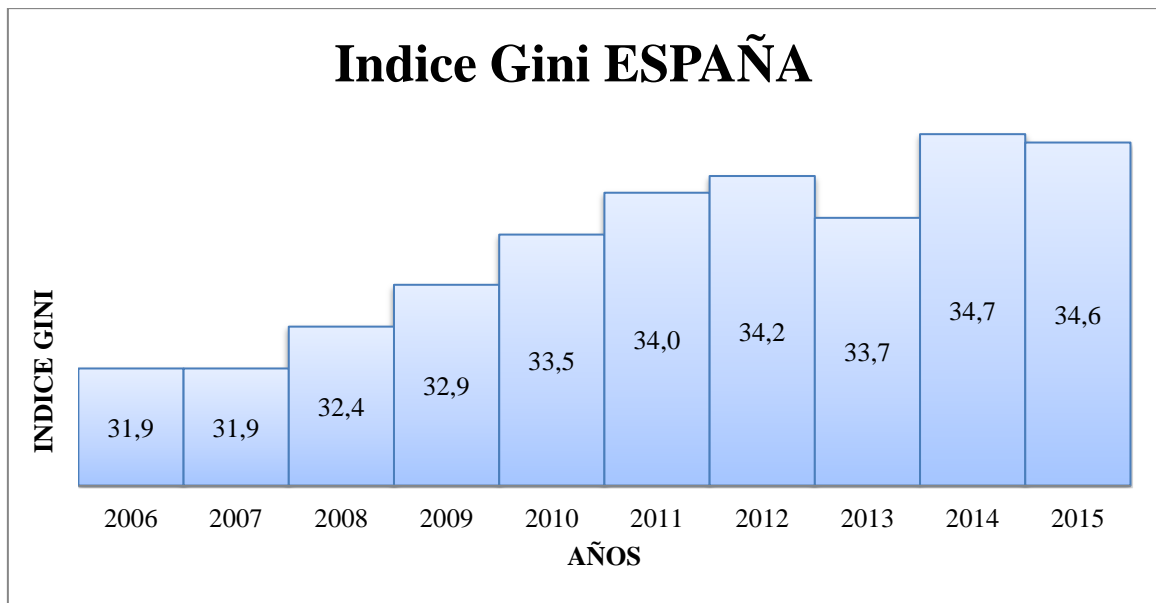


Figura 6. Índice de Gini en España periodo 2006-2015. Fuente INE. Elaboración propia.

Otros indicadores económicos que se estudiaron fueron las tasas de paro, el gasto medio por hogar, el gasto medio por persona, el gasto medio por unidad de consumo, la tasa de riesgo de pobreza (Figura 5), el indicador AROPE y la tasa de hogares con dificultades para llegar a fin de mes. Dichos indicadores se han seleccionado en España y en CLM por sexo y franjas de edad, obteniéndose toda esta la información del Instituto Nacional de Estadística (INE). Todos estos datos económicos se cruzaron con las tasas de intento de suicidio en CLM y/o en cada una de sus provincias para averiguar si existía una relación procíclica o directa (es decir en época de bienestar económico el suicidio aumenta, y en época de recesión económica, el suicidio se reduce), contracíclica o inversa (es decir en época de desahogo económico el suicidio se reduce, y en época de recesión económica, el suicidio aumenta) o una mezcla de ambas según las circunstancias que se presenten en la muestra y en el periodo estudiado<sup>50,51</sup>.

## **1.5. SALUD PÚBLICA**

La conducta suicida es un problema de salud pública mundial de gran trascendencia<sup>52</sup>, que representa un peligro real para millones de personas hoy en día. La tasa bruta y la tasa estandarizada de suicidio por 100.000 habitantes son unos de los datos comparativos básicos que se manejan en organismos oficiales nacionales e internacionales. La OMS describe en sus informes un incremento continuado a nivel mundial de las tasas de suicidios desde que se comenzó a llevar un registro en 1950. Según sus cálculos, en el año 2020, alrededor de 1,5 millones de personas morirán por suicidio y un número entre 10 y 20 veces superior intentará suicidarse en todo el mundo. Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa bruta de mortalidad por suicidio del 16 por 100.000, o una muerte cada 40 segundos. Aproximadamente 10,2 millones de sujetos en todo el mundo llevan a cabo conductas autolíticas que requiere atención sanitaria<sup>4</sup>.

En la Unión Europea se predice que mueren al año cerca de 60.000 personas por suicidio. En la Europa de los 27 las cifras de suicidio son más altas que en España<sup>53</sup> en el periodo de años 2006 al 2013.

En España el suicidio dentro de las conductas suicidas continúa siendo hoy en día la primera causa externa de defunción<sup>54</sup> (no natural o patológica) superando a los accidentes de tráfico desde 2008. La tasa de suicidio nacional en el año 2015 se situó en 7,76 fallecidos por cada 100.000 personas (11,75 en los hombres y 3,90 en las mujeres). En el año 2015 los datos de suicidio a nivel nacional fueron de 3602 muertes, por lo tanto descienden un 7,9% (308 muertes menos) con respecto al año anterior (2679 hombres y 923 mujeres), en 2014 fallecieron por suicidio 3910 personas cuarenta más que en el año anterior, en el año 2013 fallecieron por suicidio 3.870 personas un 9% más que el año precedente y un 22% más desde el año 2010. En 2012 el número de



suicidios en España aumentó con respecto al año anterior en un 11,3% y arroja un dato de 3.539 muertes (2.724 hombres y 815 mujeres), en 2011 fueron un total de 3.180 casos con unos valores parecidos al 2010 con 3145 fallecidos (Tabla 2), los datos fueron obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (desde ahora INE).

Tabla 2. Número de suicidios en España por sexo durante el periodo 2006-2015. Datos INE. Elaboración propia.

<b>Nº CASOS SUICIDIOS ESPAÑA</b>	<b>AÑOS</b>									
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>HOMBRES</b>	2.512	2.463	2.676	2.666	2468	2435	2724	2911	2938	2679
<b>MUJERES</b>	734	800	781	763	690	745	815	959	972	923
<b>AMBOS SEXOS</b>	3.246	3.263	3.457	3.429	3.158	3180	3539	3870	3910	3602

La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha<sup>56</sup> (desde ahora CLM) tuvo en el año 2015 una tasa de 8,1 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes, cifra superior a la tasa nacional de 7,7 para el mismo año. El número de suicidios en CLM en el año 2015 descendió a una cifra de 167 muertes cuando en 2014 fue de 190 fallecidos. Del año 2006 al 2015 en CLM el número de fallecidos por suicidio ha variado de 141 a 167 personas, pasando por repuntes en el año 2009 (157 casos), 2012 (163 casos), 2013 (184 casos) y 2014 (190 casos). Datos INE, (Figura 7).

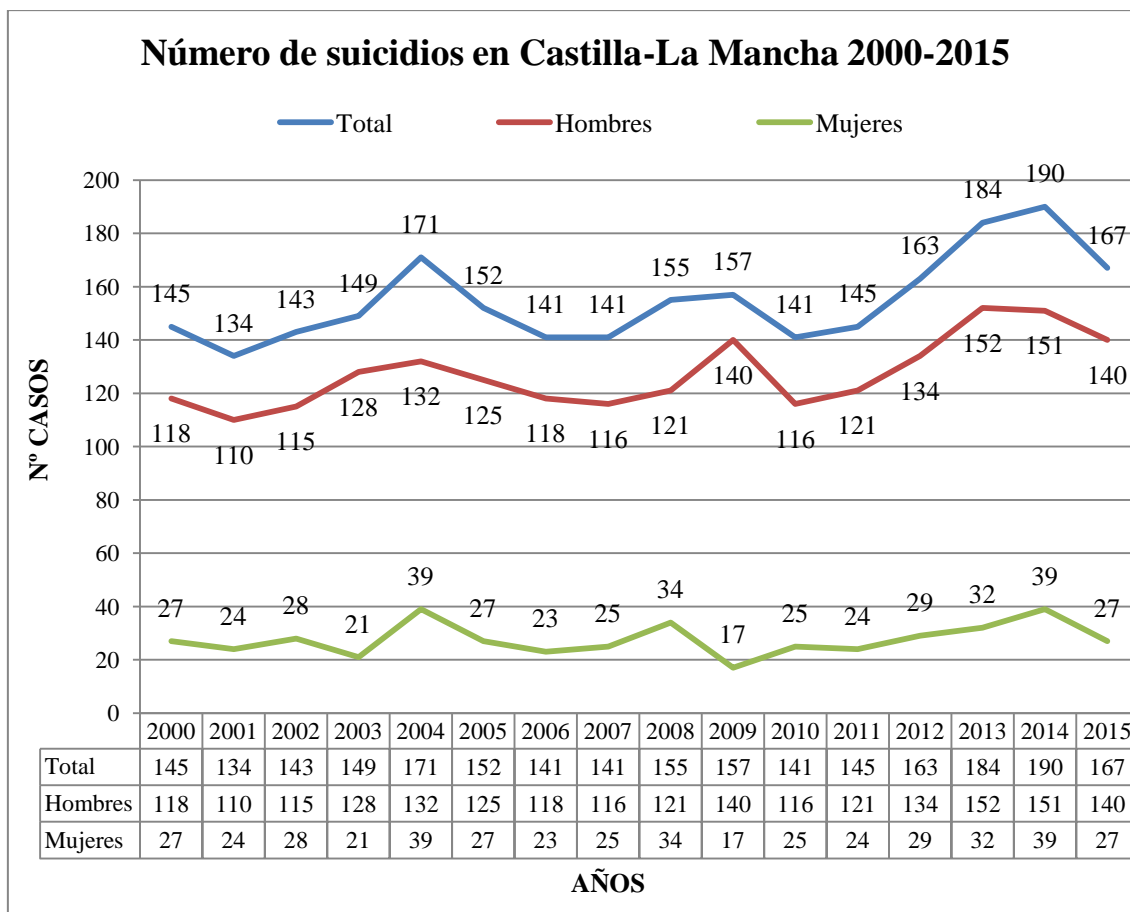


Figura 7. Evolución del suicidio en Castilla la Mancha por frecuencia, serie de años 2000 a 2015. Datos INE. Elaboración propia.

## 1.6. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La conducta suicida como marco genérico y dentro de ella los intentos de suicidio son hechos infradiagnosticados e infradeclarados *per se*, ya que su amplitud real se sabe que es mucho mayor de la que figuran en cifras oficiales<sup>54</sup>. Existen diferencias en la recogida de datos además de existir vergüenza y un gran tabú por parte de la sociedad, que intenta esconder este proceder.

El intento de suicidio al igual que el suicidio además de afectar a la persona que lo ensaya autoagrediendo también afecta a su entorno cercano, estimándose según autores que el número de afectados y víctimas secundarias entre familiares, amigos

y allegados puede variar de diez a veinte sujetos. Estas personas que están vinculadas con el que intenta la conducta suicida sufren problemas psicológicos, físicos y sociales por ser afectados secundarios de la conducta suicida. Esta conducta autolítica nos arroja por ejemplo en los suicidios consumados en España en 2014 con 3910 casos un intervalo que puede variar de un mínimo de 39.000 a un máximo de 78.000 afectados, estos números son muy serios para pasarlos por alto y no producir como reacción una reflexión, estudios y diseño de políticas de prevención.

El estudio del intento de suicidio desde el punto de vista de recogida de datos y desde la mirada epidemiológica es diferente al del suicidio consumado<sup>48</sup>, este último se basa en las estadísticas recolectadas rutinariamente por las instancias oficiales a través del certificado de defunción, en España y se viene realizando una estadística del suicidio de forma permanente desde principios de siglo, actualmente el INE publica con periodicidad anual con un decalaje de dos años todos los datos de frecuencia de suicidio<sup>48</sup> de toda España por comunidades autónomas, provincias, comarcas, ciudades, etc. Esta información es suministrada por los Juzgados de Instrucción a sus Delegaciones Provinciales.

En el caso del intento de suicidio, no hay organismos que dispongan de información completa sobre este problema y que la comuniquen de manera sistemática todos los años ya que no es obligatorio comunicarlo ni mucho menos el informar sobre la ideación o los planes del posible suicida. Esto ocasiona por tanto la pérdida de un sinnúmero de datos sobre casos de intentos de suicidio, de ideas autolíticas o de planes de suicidio que pueden quedar detallados u obviados en las historias clínicas, de enfermería, informes sociales o de juzgados y que son complicados de recopilar, agrupar y estudiar.

Para la prevención y el adecuado manejo de las conductas suicidas y de los intentos de suicidio los estudios, análisis y conclusiones deben basarse en una diversidad de bases de datos diferentes a las manejadas por el INE pues pueden ofrecer puntos de vista diferentes, desconocidos y complementarios a la información oficial estándar existente. En los últimos trece años tan sólo se han realizado en Castilla la Mancha tres estudios que traten sobre el suicidio y conductas suicidas, el primero es regional titulado, "Mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha (1991-1998)"<sup>55</sup> de siete años de recorrido, el segundo es provincial, "Estudio de los intentos de suicidio atendidos por un servicio de emergencias extrahospitalarias en la provincia de Ciudad Real 2001/2002"<sup>56</sup> con dos años estudiados y el tercero del año 2004 es local, "Cantidad y tipo de fármacos en los intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa"<sup>88</sup> realizado durante nueve años (1990-1998) en el Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera. La actualización del conocimiento sobre la evolución de las conductas suicidas: intento de suicidio basadas en las bases de datos de asistencia e intervención de emergencias de la GUETS del SESCAM son de gran importancia y una justificación más que valiosa para abordar investigaciones sobre el estado de la cuestión en CLM<sup>57</sup>, cuya información puede ofrecer conclusiones con las que se podrían diseñar e implementar estrategias de prevención y tratamiento más eficientes con los que combatir este problema.

Es errado el pensar que si se mira la conducta autolítica desde un único ángulo y solamente se estudia desde esa proyección se llega a conocer el problema; lo más acertado es conseguir realizar estudios basados en otras recopilaciones de datos y sucesos distintas al INE<sup>58</sup>, como por ejemplo lo serían las bases de incidentes de los servicios de emergencias de toda España. Estos servicios de emergencias como la

GUETS de CLM están altamente informatizados y en sus centros coordinadores todas las intervenciones quedan registradas, almacenadas y son fáciles de recuperar para consultas y para la realización de estadísticas e investigaciones variadas que nos ofrezcan resultados y conclusiones complementarias para ofrecer una visión de conjunto del gran problema de la conducta suicida.

A nivel de comunicaciones, información y de periodismo es equivocado pensar que si se habla de conducta autolítica se incita al intento de suicidio, la solución no es evitar la información o no comunicar, sino el cómo se habla del hecho, procurando tener siempre estudios actualizados a nivel científico y tratar el comportamiento autolítico en prensa, radio, televisión, redes sociales y a través de internet de una manera ajustada y correcta, para que no se produzcan efectos de llamada ni de copia de conductas.

## **2. OBJETIVOS**

**OBJETIVO PRINCIPAL:** Conocer la evolución de los intentos de suicidio en la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha (CCAA de CLM) en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2015.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS:**

1. Describir la evolución de los factores sociodemográficos asociados a los intentos de suicidio en el periodo de estudio.
2. Describir la evolución de los factores de temporalidad en los intentos de suicidio durante el periodo de estudio.
3. Describir la evolución del método utilizado en los intentos de suicidio en el periodo de tiempo estudiado.

4. Determinar la posible relación entre el método utilizado en el intento de suicidio y los factores sociodemográficos.
5. Determinar la posible relación entre el método utilizado en el intento de suicidio y los factores asociados a aspectos de temporalidad.
6. Analizar la posible relación entre la edad y el sexo con los diferentes factores sociodemográficos y de temporalidad asociados a los intentos de suicidio.
7. Analizar la evolución de los intentos de suicidio en los años de precrisis versus los de crisis económica.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1. DISEÑO**

Se trata de un estudio ecológico, observacional, descriptivo, retrospectivo de la serie de casos incidentes de intentos de suicidio atendidos por la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS).

#### **3.2. ÁMBITO**

La investigación se ha desarrollado en Castilla-La Mancha siendo por lo tanto un estudio a nivel autonómico. Castilla-La Mancha<sup>57</sup> se encuentra situada en la zona centro de la Península Ibérica, se caracteriza por una gran extensión siendo la tercera autonomía más grande de España con una superficie de 79.409 km<sup>2</sup>, arrojaba una población a finales del año 2015 de 2.049.829 habitantes, lo que le confiere una gran dispersión geográfica con solamente 26 habitantes por km<sup>2</sup> al igual que Extremadura y

Castilla y León, siendo estas tres CCAA las más despobladas de España, cuya media poblacional es de 92 habitantes por km<sup>2</sup>.

Tiene cinco provincias Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo con un total de 919 municipios. Su capital es la ciudad de Toledo, sede de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. La ciudad más habitada es Albacete, sede del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha.

Se ha diseñado un estudio para averiguar la evolución de la conducta suicida y de los intentos de suicidio en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha con una visión que parte de lo global y general para progresar hacia lo específico y particular. Se han recogido datos variados de España y de CLM para ir desarrollando un análisis por factores sociodemográficos, temporales, de método autolítico, sobre la posible relación entre el método utilizado en el intento de suicidio versus factores sociodemográficos y temporales, sobre la probable relación entre la edad y el sexo versus factores sociodemográficos y de temporalidad y la posible relación entre factores e indicadores económicos con los casos y tasas estandarizadas de los intentos de suicidio en CLM por años, provincias y totales de la CCAA.

### **3.3 POBLACIÓN**

La población del estudio son los incidentes de urgencias y emergencias de los intentos de suicidio acaecidos en el territorio castellanomanchego atendidos por la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario de Castilla-La Mancha, siendo por tanto una unidad de análisis autonómica.

### **3.4. VARIABLES**

Datos primarios recogidos; número de incidentes totales de intentos de suicidio, la edad (medida en años), el sexo (hombre y mujer), provincia, global de CLM, zona rural o urbana, tipo de método usado en el intento de suicidio, códigos CIE 9 (SITREM), hora, día de la semana, mes, estación meteorológica y año.

Datos secundarios recogidos; Población de España y de Castilla-La Mancha por año, edad y sexo, Gini Nacional, Gini CLM, PIB Nacional, PIB CLM, PIB per Cápita Nacional, PIB per Cápita CLM, Tasa Paro Nacional, Tasa Paro CLM, Gasto medio por hogar CLM, Gasto medio por persona CLM, Gasto medio por unidad de consumo CLM, Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) Nacional, Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) CLM, Dificultad en los hogares para llegar a fin de mes NACIONAL, Dificultad en los hogares para llegar a fin de mes CLM, Tasa de riesgo de pobreza (renta del año anterior a la entrevista) Nacional, Tasa de riesgo de pobreza (renta del año anterior a la entrevista) CLM.

### **3.5. MÉTODO**

Los datos de las variables primarias fueron obtenidos de la base de datos de la GUETS. La referida base de datos tiene un Sistema de Tratamiento de Emergencias (desde ahora SITREM) que es una aplicación informática para Centros de Mando y Control de Emergencias integrada por sistemas de comunicaciones (teléfonos fijos y móviles, radio), sistemas de localización y manejo cartográfico (*Global Positioning System* o GPS, *Geographic Information System* o GIS) que cubre todas las fases del proceso de gestión de una emergencia; la recepción de la llamada en el centro, el despacho, el seguimiento hasta la resolución de las intervenciones, y la gestión integral



de recursos y medios (ambulancias, helicópteros, hospitales, alarmas de teleasistencia, etc.), hasta que el incidente ha sido solucionado. Cataloga todas las incidencias sanitarias mediante los códigos del CIE 9, acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión. Toda la información queda almacenada en servidores de información duplicados. Es una base de datos que trabaja sobre ORACLE y con tablas estáticas y dinámicas accesibles para explotación de datos, formación e investigación. El Centro Coordinador de Urgencias (CCU) es un recurso de la Sanidad Pública que pretende, mediante un sistema de fácil acceso telefónico, universal y gratuito con un número único, de marcación abreviada y fácil memorización, 112 en toda Europa, ser la puerta de entrada a los Servicios Públicos de atención a la urgencia y emergencia que proporcione una respuesta rápida, ajustada y eficiente en función de la propia demanda y la situación de los recursos disponibles. En Castilla La Mancha el Centro Coordinador con el número 112, da cobertura y respuesta a todos los problemas urgentes de la índole que sean y que demanden los ciudadanos.

La información de las variables secundarias fue obtenida de diversas bases de datos como; la disponibles en la página web de Instituto Nacional de Estadística<sup>58</sup> (INE <http://www.ine.es/>), el Registro de Mortalidad de CLM, las cifras del Servicio de Estadística de Castilla-La Mancha, la página web Datosmacro.com<sup>59</sup> e informes sociales relacionados con la economía y la conducta suicida a nivel Nacional y de CLM ([www.fsme.es/observatoriodelsuicidio](http://www.fsme.es/observatoriodelsuicidio))<sup>60</sup>, European Anti Poverty Network España<sup>61</sup>, Fundación para el Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada (FOESSA)<sup>62</sup>.

Se consultaron:

- Población de España y de Castilla-La Mancha por años, edades y sexo fueron recogidas de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>58</sup> durante el periodo 2006-2015.
- Defunciones en España y en Castilla La-Mancha por causa (098 Suicidio y lesiones autoinfligidas), años, sexo y edad recopilados del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>58</sup> durante los años 2006 a 2015.
- Listado de indicadores económicos (Tabla 3) durante los años 2006 a 2015 como lo son el índice de Gini, PIB, PIB *per cápita*, tasas de paro, gasto medio por hogar, gasto medio por persona, gasto medio por unidad de consumo, tasa de riesgo de pobreza, indicador AROPE y tasa de hogares con dificultades para llegar a fin de mes<sup>59</sup>. Dichos indicadores se han recopilado e investigado tanto en España como en CLM por sexo y franjas de edad, obteniéndose la información del Instituto Nacional de Estadística (INE), de la página web Datosmacro.com y de los informes de la European Anti Poverty Network Spain<sup>61</sup> o Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES) formada desde el año de su fundación en 1990 por una coalición independiente de ONGs y otros grupos implicados en la lucha contra la pobreza y la exclusión social en los Estados miembro de la Unión Europea y de la Fundación para el Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada (FOESSA)<sup>62</sup>,<sup>63, 64</sup> que se creó en el año 1965 con el incentivo de Cáritas Española para conocer del modo más objetivo y continuado posible la situación social de España.

Tabla 3. Definiciones de los indicadores económicos del estudio. Elaboración propia.

INDICADOR ECONOMICO	DEFINICIÓN
<b>GINI</b>	El Coeficiente de Gini representa la distribución del ingreso entre los individuos de un país, región o CCAA en un periodo de tiempo determinado y cuanto se acerca o se aleja de una repartición completamente equitativa o igualitaria. Es decir un índice de Gini igual a 0 es la equidad total (todos tienen los mismos ingresos) y uno de 1 la absoluta inequidad o una perfecta desigualdad (una persona disfruta de todos los ingresos y las demás de ninguno). El Índice de Gini sería el coeficiente expresado en porcentajes y se obtiene multiplicando dicho valor por 100.
<b>PIB</b>	El producto interior bruto es el valor de mercado de todos los bienes y servicios finales producidos durante un determinado periodo (trimestre, semestre, año) en un país o comunidad autónoma. Incluye tanto productos tangibles (bienes) como intangibles (servicios) pero es importante tener en cuenta que sólo se contabilizan los bienes finales y no los intermedios.
<b>PIB PER CAPITA</b>	Es la relación que hay entre el producto interior bruto (PIB) de un país y su cantidad de habitantes. Este indicador se calcula dividiendo el PIB de un país por su población.
<b>TASA PARO</b>	Es un porcentaje que expresa la proporción de parados que hay respecto al total de activos. Se define desempleado o parado como aquel trabajador que no tiene empleo y lo busca de forma activa.
<b>GASTO MEDIO POR HOGAR</b>	Se define como el dinero desembolsado por los domicilios en bienes y servicios que se utilizan para satisfacer las necesidades o carencias de los miembros de dicho hogar.
<b>GASTO MEDIO POR PERSONA</b>	Se define como el dinero consumido por un individuo en bienes y servicios de consumo adquiridos mediante compras monetarias directas, la producción por cuenta propia, el trueque o como ingreso en especie para la satisfacción de las necesidades y deseos de esa persona.
<b>EL GASTO MEDIO POR UNIDAD DE CONSUMO</b>	El Gasto Medio por Unidad de Consumo (o por persona equivalente) se estima a través del cociente entre el gasto total y una estimación del número de unidades de consumo. Las unidades de consumo se calculan utilizando la escala de la OCDE que define unos pesos específicos para cada miembro del hogar. Escala OCDE que asigna el valor 1 para el primer adulto, 0,7 para cada adulto adicional y 0,5 para cada niño menor de 14 años de edad.
<b>TASA DE RIESGO DE POBREZA O EXCLUSIÓN SOCIAL (INDICADOR AROPE)</b>	<i>At Risk Of Poverty and/or Exclusion (AROE)</i> hace referencia al porcentaje de población que se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social, se combinan elementos de renta, posibilidades de consumo y empleo. Están en riesgo de pobreza; a. Las personas que viven en hogares con una renta inferior al 60% de la mediana de la renta nacional equivalente en unidades de consumo, b. hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia de los ingresos, es decir, el año anterior a la entrevista.

<b>DIFICULTAD DE LOS HOGARES PARA LLEGAR A FIN DE MES</b>	Es la carencia material en los hogares (la carencia de al menos cuatro conceptos de los nueve de la lista siguiente que se preguntan en la encuesta es considerada como severa). Los nueve conceptos considerados son: 1. No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año. 2. No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días. 3. No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada. 4. No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos (de 650 €). 5. Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad, etc.) o en compras a plazos en los últimos 12 meses. 6. No puede permitirse disponer de un automóvil. 7. No puede permitirse disponer de teléfono. 8. No puede permitirse disponer de un televisor. 9. No puede permitirse disponer de una lavadora.
<b>TASA DE RIESGO DE POBREZA (RENTA DEL AÑO ANTERIOR A LA ENTREVISTA)</b>	El porcentaje de población por debajo del umbral de riesgo de pobreza. La población en riesgo de pobreza es un indicador relativo que mide desigualdad. No mide pobreza absoluta, sino cuántas personas tienen ingresos bajos en relación al conjunto de la población. Se tienen en cuenta los ingresos del año anterior a la fecha de la encuesta.

### 3.6. IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Las tasas de intentos de suicidio han sido calculadas usando la base de incidentes de intentos autolíticos atendidos por la GUETS entre los años 2006 y 2015, se han calculado las tasas específicas para cada grupo de edad, estratificadas por sexo, dividiendo el número de casos entre el total de población en riesgo desde los 12 años de edad hasta los >80 años de edad; es decir a la población media en cada cohorte entre el 1 de Enero del año correspondiente y el 1 de Enero del año siguiente en Castilla La-Mancha. Las referidas tasas específicas se estandarizaron de manera directa tomando como población de referencia al total de la población de Castilla-La Mancha.

Se ha establecido como límite inferior en los rangos de edad los 12 años. Este punto de corte en la edad de la población de estudio sirve como filtro de los casos cuyas motivaciones suicidas pudieran ser cuestionadas por posibles causalidades de origen accidental (infanticidios, codificación equivocada). Actualmente las consultas por edad en el INE tienen definida su primera franja de edad como "Menores de 15 años"<sup>58</sup>, en países de Europa como en el Reino Unido o zonas de estos como por ejemplo Escocia,

en las cifras anuales de suicidios no se muestran para las edades de 0 a 14 años y mayores de 85 años por razones de robustez y comparabilidad, ya que la mayor parte de incidentes en estos grupos de edad extrema se codifican mal (accidentes) o como eventos indeterminados. En este estudio por razones de robustez en el análisis de datos se ha excluido las edades de 0 a 11 años (es necesaria la realización de estudios específicos en estos rangos etarios), manteniéndose el rango de los mayores de 80 años por el envejecimiento de la población de CLM. Según los datos en posesión del INE<sup>58</sup>, en los últimos 34 años de todos los casos de suicidio a nivel nacional los incidentes comienzan en el estrato de 10-14 años de edad, el grupo de edad de 5 a 9 años no arroja casos, salvo en 2005 que contabiliza un caso, en la década anterior en 1996, 1993, 1991 donde hay también un caso entre 5 y 9 años y desde 1980-1989 solo en 1981 se dieron dos casos (Tabla 4), por lo que la edad de 12 años se establece como un punto equilibrado a escoger como límite inferior de edad para la población de CLM además de servir como tamiz de sucesos cuyos motivos suicidas pudieran ser discutidos por causas de origen accidental. Se excluyen por tanto de la población de CLM los sujetos de ambos sexos de 0 a 11 años de edad para el cálculo de las tasas estandarizadas de los intentos de suicidio en territorio castellanomanchego. En el análisis de Buitrago León LH, Laverde Barrera AA, Álvarez Rodríguez AM y Estupiñan Vega LC de la producción científica publicada entre 2008 y 2013 sobre suicidio en niños, niñas y adolescentes mediante un estudio bibliométrico<sup>65</sup> concluye que la edad en la que se encuentra el mayor número de la muestra de su estudio es la de más de 17 años de edad.

Tabla 4. Número de suicidios 2000-2014 en España por grupos de edad de 5 a 9 años y de 10 a 14 años.

Fuente INE. Elaboración propia.

<b>Total España</b>		
<b>098 Suicidio y lesiones autoinfligidas</b>		
<b>Año</b>	<b>De 5 a 9 años de edad</b>	<b>De 10 a 14 años de edad</b>
<b>2014</b>	0	10
<b>2013</b>	0	9
<b>2012</b>	0	5
<b>2011</b>	0	2
<b>2010</b>	0	3
<b>2009</b>	0	8
<b>2008</b>	0	4
<b>2007</b>	0	12
<b>2006</b>	0	5
<b>2005</b>	1	6
<b>2004</b>	0	12
<b>2003</b>	0	3
<b>2002</b>	0	8
<b>2001</b>	0	11
<b>2000</b>	0	9

### 3.7. ANÁLISIS DE DATOS, ESTRATEGIA Y HERRAMIENTAS

La base de datos se ha realizado con Office Excel 2010 y el análisis con los programas estadísticos SPSS 17.0 y Stata 12.0. Las variables cualitativas se describen con su distribución de frecuencias (número de casos y porcentaje), salvo la tasa estandarizada que fue expresada por 100.000 habitantes. La asociación de las variables cualitativas se estudió con el test de la chi cuadrado y se realizaron comparaciones dos a dos para detectar las diferencias en variables de más de dos categorías con corrección de Bonferroni, del nivel de significación, por contrastes múltiples.

La correlación de indicadores económicos con las tasas estandarizadas se evaluó con el coeficiente de correlación de Pearson junto a su significación estadística. El impacto del cambio temporal de las tasas estandarizadas se estudió con modelos de Poisson segmentados. Se expresaron los resultados como razones de tasas de incidencia

y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) y su significación. Se ajustaron modelos incluyendo las variables de estudio. En todos los contrastes se rechaza la hipótesis nula con  $p < 0,05$ .

### **3.8 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN Y OBTENCIÓN DE DATOS**

El tipo investigación que se desarrolla en el estudio de la "Evolución de la conducta suicida: estudio autonómico de los intentos de suicidios en CLM (2006-2015)" es un trabajo que busca básicamente el saber, su objetivo primordial es ampliar el cuerpo de conocimientos sobre el tema en cuestión para comprender, prevenir, tratar, cuidar e intervenir ante el problema de la conducta autolítica en el territorio de CLM. Es por tanto un estudio desinteresado y normativo pues solamente busca el incremento del saber y del cuerpo teórico sobre una cuestión de importancia.

Los permisos para la obtención de los datos de esta tesis se han solicitado a la GUETS del SESCAM de manera reglada y se han correspondido con las exigencias de ambos organismos, la preparación de la información se ha elaborado por los servicios informáticos competentes y una vez obtenidos han sido enviados a los servicios directivos de la GUETS, que han hecho que lleguen de manera segura a este autor. Por lo tanto los datos se han obtenido y procesado de forma legal y reglada además de haberse usado únicamente para la finalidad descrita en los objetivos de este estudio.

Los demás datos recogidos como los del INE, Datosmacro.com, Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español, indicadores económicos, etc. son de dominio público y están disponibles para toda la población que desee consultarlos en internet.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. FRECUENCIAS Y SEXO

La población total estudiada fue de 1308 intentos de suicidio atendidos por la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM en los diez años del periodo 2006 a 2015. Para poder presentar los datos a lo largo de los años, las provincias y los totales de CLM se adoptó como principio explicativo el número de casos, los porcentajes y las tasas estandarizadas de los intentos de suicidio por 100.000 habitantes.

De los 1308 incidentes acontecidos de 2006 a 2015, el número de los intentos de suicidio realizados por mujeres fueron 711 casos (55,8%) y los ocasionados por hombres fueron 563 (44,2%) (Figura 8), el número de casos en los que el género no consta fue de 34 casos.

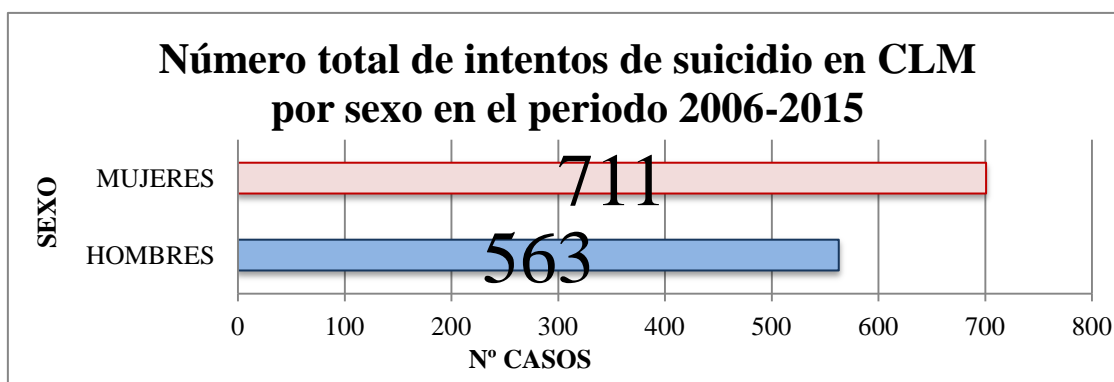


Figura 8. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por sexo en el periodo 2006-2015,  $p < 0,371$ . Elaboración propia.

La distribución de frecuencias por años (Figura 9) es decir el número de casos anual, revelaron unos extremos de sucesos máximos en los años 2013 (162), 2014 (150) y 2015 (144), mínimos en los años 2006 (104) y 2009 (106). Se dieron repuntes en los años 2007 y 2012 con 140 casos.



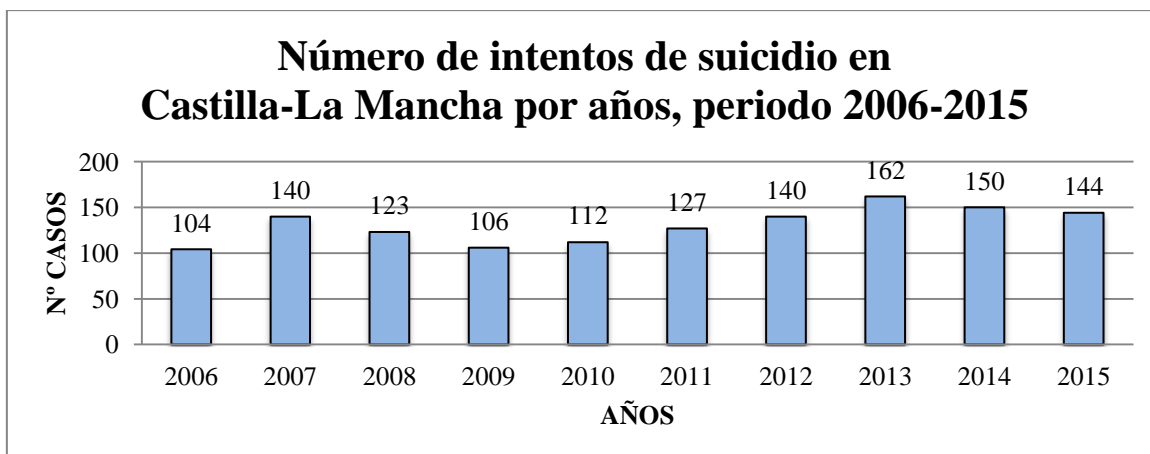


Figura 9. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por años, periodo 2006-2015,  $p < 0,001$ .

Elaboración propia.

Al observar el número de casos de intento de suicidio en CLM por provincias y años (Tabla 5), se advirtió que en CLM el número más alto de incidentes sucedió en el año 2013 (162) y el más bajo se dio en 2006 (104). Por provincias, Toledo con 61 casos en 2013 y 2015 y 60 casos en 2007 es la provincia que presentaba una mayor frecuencia durante el periodo estudiado, mientras que Guadalajara con 5 casos en 2006, 2007 y 2010 poseía los números más bajos, si bien Guadalajara ostentaba una progresión ascendente que fue llamativa pasando de un porcentaje del 3,7% en 2006 al 20,7% en 2014 y un 19,3 % en 2015. Se puede destacar que la provincia de Ciudad Real en el año 2007 con 39 casos es casi ocho veces superior a Guadalajara con 5 casos. Si se tiene en cuenta a la provincia de Guadalajara en el 2014 con 28 casos se observó que es similar a la de Ciudad Real con 26 casos y discrepa con Toledo que la dobla en incidentes; en el 2015 los casos en Guadalajara (26) se asemejaban a los de Albacete (21) y a los de Ciudad Real (23) y se distanciaron de los casos sucedidos en Toledo (61).

Tabla 5. Número de casos de intento de suicidio por provincias y años en Castilla-La Mancha durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,001$ . Elaboración propia. AB; Albacete, CR; Ciudad Real, CU; Cuenca, GU; Guadalajara y TO; Toledo.

AÑO	PROVINCIAS										CLM	
	AB		CR		CU		GU		TO			
	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%
2006	18	6,8	27	10,0	15	12,2	5	3,7	39	7,6	104	8,0
2007	24	9,1	39	14,4	12	9,8	5	3,7	60	11,7	140	10,7
2008	20	7,5	24	8,9	19	15,4	9	6,7	51	9,9	123	9,4
2009	22	8,3	22	8,1	7	5,7	10	7,4	45	8,8	106	8,1
2010	29	10,9	22	8,1	8	6,5	5	3,7	48	9,3	112	8,6
2011	36	13,6	27	10,0	6	4,9	7	5,2	51	9,9	127	9,7
2012	37	14,0	28	10,3	16	13,0	17	12,6	42	8,2	140	10,7
2013	30	11,3	33	12,2	15	12,2	23	17,0	61	11,9	162	12,4
2014	28	10,6	26	9,6	12	9,8	28	20,7	56	10,9	150	11,5
2015	21	7,9	23	8,5	13	10,6	26	19,3	61	11,9	144	11,0

Si se observa el número de casos de intento de suicidio en CLM por sexo, provincias y años (Tabla 6), los números de intentos autolíticos no siempre fueron superiores en las mujeres con respecto a los varones por provincias y años. Cabe destacar que en la provincia de Toledo las mujeres arrojaron cifras superiores a los hombres en todos los años del estudio. No sucedió lo mismo en las demás provincias ya que existieron años dónde los hombres superaron en intentos de suicidio a las féminas como por ejemplo en; Albacete en 2010 (18 casos frente a 8) y 2015 (13 casos frente a 8), Ciudad Real en 2007 (21 casos frente a 18), 2010 (12 casos frente a 9), 2012 (14 casos frente a 13) y 2014 (14 casos frente a 11), Cuenca en 2006 (10 casos frente a 4), 2009 (4 casos frente a 3) y 2015 (7 casos frente a 6), Guadalajara en 2006 y 2007 (3 casos frente a 2) y 2009 (7 casos frente a 3).

Tabla 6. Número de casos de intento de suicidio por sexo, provincias y años en Castilla-La Mancha 2006-2015,  $p < 0,05$ . Elaboración propia. AB; Albacete, CR; Ciudad Real, CU; Cuenca, GU; Guadalajara y TO; Toledo.

PROVINCIA y CLM	SEXO	AÑO										
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL AÑOS
AB	H	7	6	10	4	18	15	16	11	13	13	113
	M	11	18	10	16	8	19	20	18	15	8	143
CR	H	11	21	10	10	12	10	14	15	14	10	127
	M	15	18	14	11	9	15	13	16	11	11	133
CU	H	10	1	7	4	4	2	7	7	6	7	55
	M	4	11	12	3	4	4	7	8	6	6	65
GU	H	3	3	2	7	2	3	6	11	12	10	59
	M	2	2	7	3	2	4	11	12	14	15	72
TO	H	15	20	23	21	19	24	20	22	21	24	209
	M	24	38	28	23	28	27	22	39	33	36	298
CLM	H	46	51	52	46	55	54	63	66	66	64	563
	M	56	87	71	56	51	69	73	93	76	76	711

Atendiendo a la distribución de frecuencias por sexo y años en CLM (Figura 10) se mostró que el número de casos de intento de suicidio fue mayor en mujeres con respecto a los hombres en casi todos los años de la serie, destacando como excepción el año 2010 dónde las tendencias se invirtieron superando los hombres con 55 casos a las mujeres con 51 incidentes.

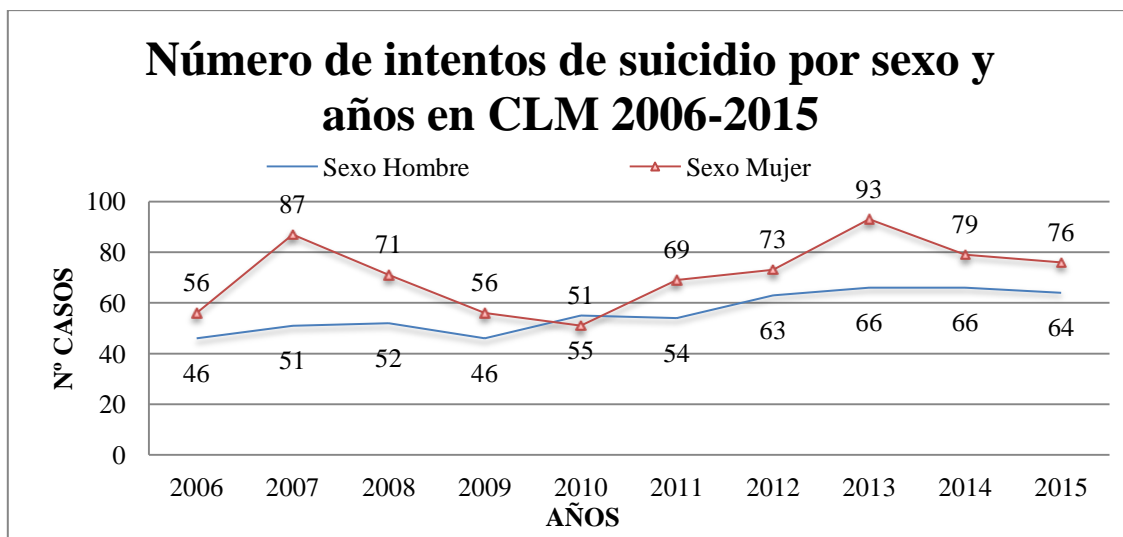


Figura 10. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por sexo y año, periodo 2006-2015,  $p < 0,001$ . Elaboración propia.

Observando y estudiando la distribución de frecuencias por sexo y provincias en CLM (Figura 11) se evidenció que el número de casos de intento de suicidio fué siempre mayor en las mujeres que en los hombres en todas las provincias, siendo en Cuenca y en Guadalajara dónde más similares son y destacando los números de casos en la provincia de Toledo tanto en mujeres (298) como en hombres (209).

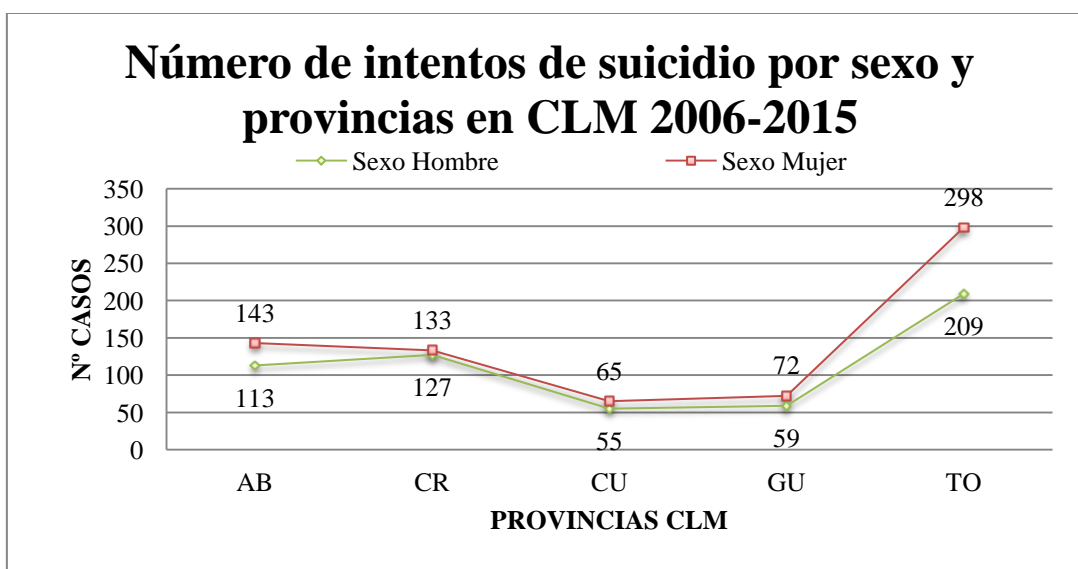


Figura 11. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por sexo y provincia, periodo 2006-2015,  $p < 0,001$ . Elaboración propia.

## 4.2. GRUPOS EDAD

Respecto al número de intentos de suicidio en CLM en el periodo de estudio 2006-2015 por grupos de edad (Figura 12), se observó que los grupos de edad con una mayor acumulación de casos es el de los 18 a 35 años (443 casos), seguido por el de 36 a 45 años (383 casos) y el de 46 a 65 años (304 casos); es decir las edades en las que se puede ser laboralmente activo, de los 18 a los 65 años fueron las que englobaron un volumen de 1130 casos.

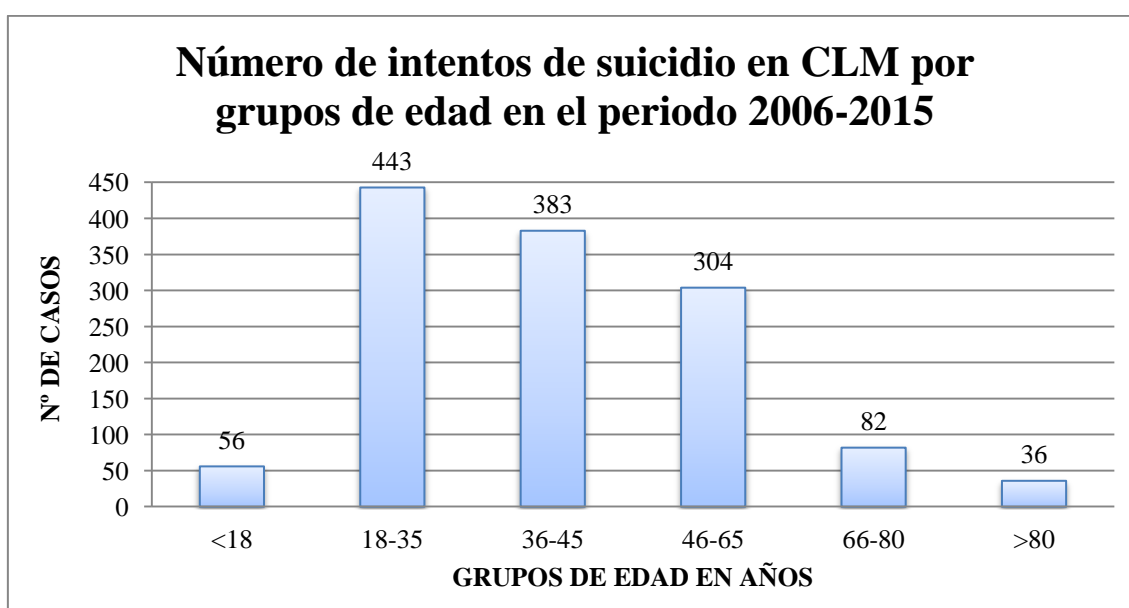


Figura 12. Número de intentos de suicidio en CLM por grupos etarios en el periodo de años 2006-2015,  $p<0,002$ . Elaboración propia.

Si se repara en la distribución de frecuencias del número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por sexo y grupos etarios en CLM durante 2006-2015 (Figura 13) se constató que las tendencias en número de casuística en ambos sexos son próximas, se acumularon casos en las franjas de edad de 18 a 35 años (235 mujeres y 189 hombres), la de 36 a 45 años (204 mujeres y 171 hombres) y la de 46 a 65 (173 mujeres y 128 hombres). En la franja de menores de 18 años el número de casos en mujeres fue de 41 y el de hombres 15. Como colofón en el grupo etario de los mayores de 80 años se

observó que el número de intentos de suicidio en mujeres fueron de 10 casos y en los hombres se evidenciaron 26 incidentes.

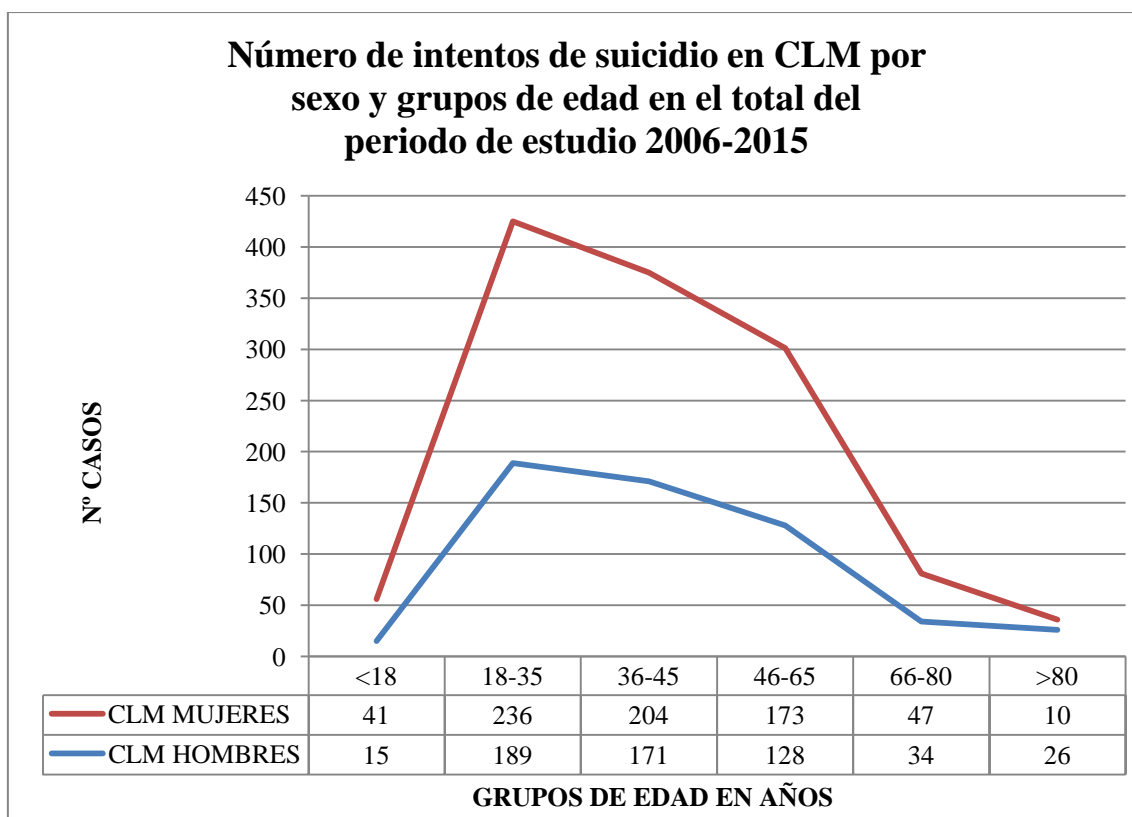


Figura 13. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por sexo y grupos de edad, periodo 2006-2015,  $p < 0,002$ . Elaboración propia.

Si se tiene en cuenta los grupos etarios y las provincias de los intentos de suicidio en Castilla-La Mancha de 2006-2015 se advierte que las franjas de edad que tuvieron más casos fueron las de 18 a 35 años, la de 36 a 45 años y la de 46 a 65 años en todas las provincias y en el total de CLM (Tabla 7). Toledo en estas tres franjas fue la provincia que más casos tuvo en todos los grupos de edad desde los 18 a los 65 años. En los menores de 18 años la provincia de Toledo presentó 15 casos y la de Albacete 14 casos. Entre 66 y 80 años Toledo tuvo 34 casos y Ciudad Real 24 casos. En el grupo de los mayores de 80 años se concentran más casos en la provincia de Ciudad Real con 16 casos de los 36 que se dieron en el total de CLM.

Tabla 7. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por franja o grupos de edad y provincia, periodo 2006-2015,  $p<0,004$ . Elaboración propia.

GRUPOS DE EDAD	Nº CASOS					
	CLM	AB	CR	CU	GU	TO
<18	56	14	10	8	9	15
18-35	443	101	88	41	37	176
36-45	383	62	67	36	49	169
46-65	304	70	64	27	33	110
66-80	82	11	24	7	6	34
> 80	36	6	16	4	1	9

Si se observan los grupos etarios de los intentos de suicidio en Castilla-La Mancha de 2006-2015 por años (Tabla 8), se advierte que las franjas de edad que tuvo más casos son las de 18 a 35 años, la de 36 a 45 años y la de 46 a 65 años en todos los años de la serie. El grupo de <18 años supera al de >80 años en todos los años de la serie excepto en el año 2012 en el que los >80 años obtuvieron 8 casos y los <18 años tuvieron 5 casos (Figura 14).

Tabla 8. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por grupos de edad y años del periodo 2006-2015,  $p<0,311$ . Elaboración propia.

Grupos de edad	Años									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<18	6	3	7	5	6	4	5	9	5	6
>80	4	1	6	4	1	2	8	4	3	3
18-35	39	54	38	39	45	48	39	49	51	41
36-45	26	51	34	25	28	36	49	45	42	47
46-65	24	19	29	22	26	27	33	45	39	40
66-80	5	12	9	10	6	8	6	10	9	7

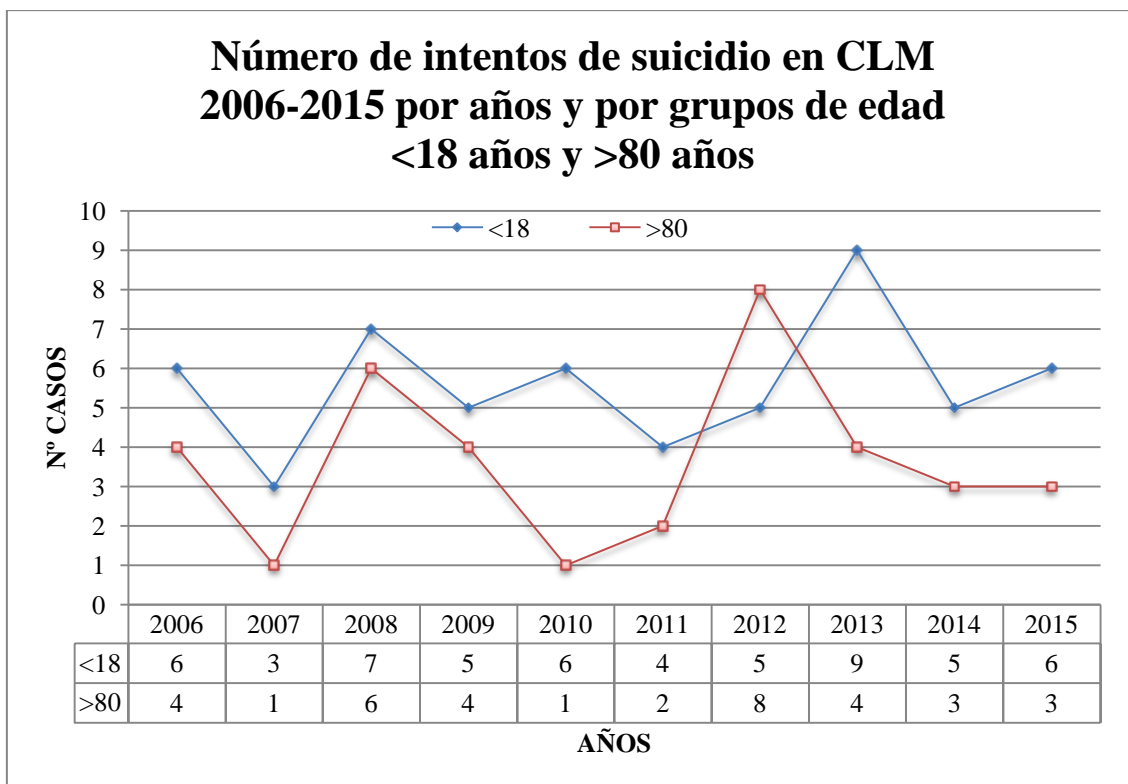


Figura 14. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por años y por grupos de edad de <18 años y > 80 años, periodo 2006-2015,  $p < 0,526$ . Elaboración propia.

### 4.3. ESCENARIO

En relación con el tipo de escenario por provincias y total de CLM donde se produce el intento de suicidio (Tabla 9), se advirtió que se produjo un número de casos en el entorno urbano desde un mínimo del 51,9% a un máximo del 88,7% a diferencia con el entorno rural donde los porcentajes variaron desde un mínimo del 11,3% a un máximo del 48,1%. En el total de CLM se observó que dos tercios de los casos de intento de suicidio sucedieron en zona urbana y el tercio restante en zona rural (Figura 15), (Tabla 10).



Tabla 9. Número de casos de intento de suicidio en CLM por grupos de edad y escenario rural y urbano durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,001$ . Elaboración propia.

ESCENARIO	GRUPOS DE EDAD						
	<18	>80	Entre 18 y 35	Entre 36 y 45	Entre 46 y 65	Entre 66 y 80	Total Edades
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos
<b>Rural</b>	15	13	134	139	105	32	440
<b>Urbano</b>	41	23	309	244	199	50	867
<b>Total</b>	56	36	443	383	304	82	1307

Tabla 10. Número de casos de intento de suicidio en CLM por provincias y escenario rural y urbano durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,001$ . Elaboración propia.

ESCENARIO	AB		CR		CU		GU		TO		CLM	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
<b>Rural</b>	30	11,3	68	25,1	51	41,5	44	32,6	247	48,1	440	33,6
<b>Urbano</b>	235	88,7	203	74,9	72	58,5	91	67,4	267	51,9	868	66,4

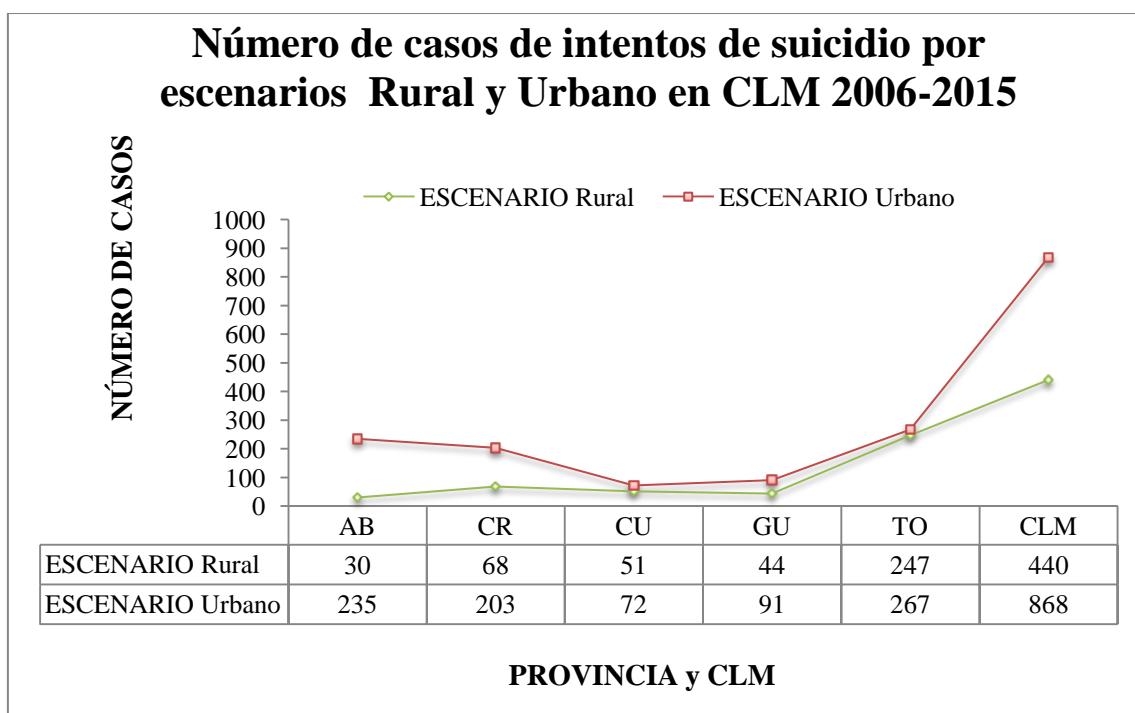


Figura 15. Número de casos de intento de suicidio en CLM por provincias, total y escenario rural y urbano durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,001$ . Elaboración propia.

En lo que respecta a la medida de casos de intento de suicidio en CLM según el tipo de escenario, rural y urbano y por los años de la serie 2006-2015 se observó que las cuantías siempre son menores en el escenario rural versus al urbano en todos los años del estudio (Figura 16).

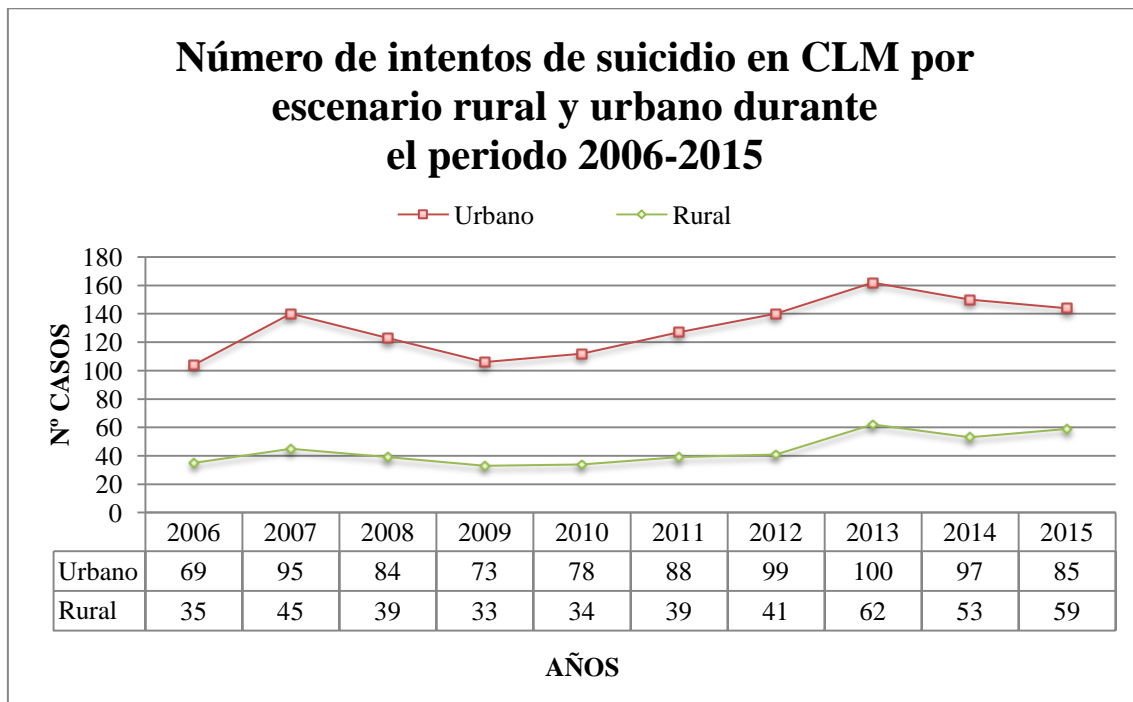


Figura 16. Número de casos de intento de suicidio en CLM por escenario rural y urbano durante los años del periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,526$ . Elaboración propia.

En lo concerniente a la medida de casos de intento de suicidio en CLM por el tipo de escenario rural y urbano y por sexo durante todo el periodo de estudio, se constató que el escenario urbano tiene mayor número de casos tanto en mujeres (469) como en hombres (375). El escenario rural ofreció 242 casos de intento de suicidio en mujeres y 188 casos en varones (Figura 17).

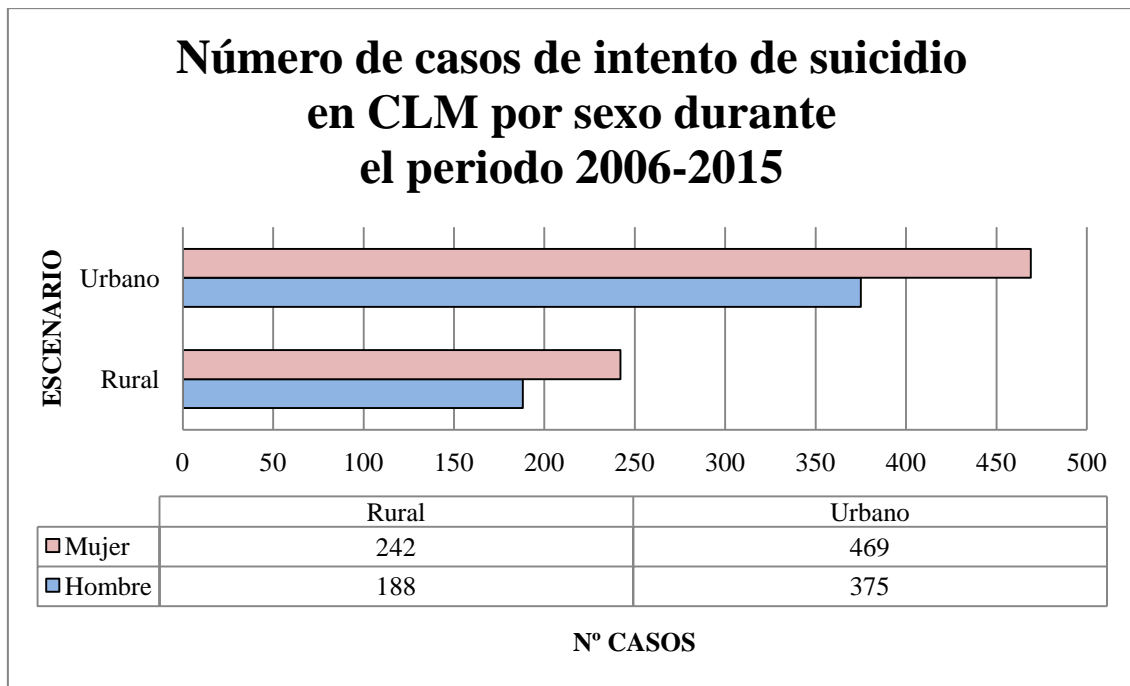


Figura 17. Número de casos de intento de suicidio en CLM por escenario rural y urbano y sexo durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,809$ . Elaboración propia.

Si se contempla el número de casos de intento de suicidio en CLM por el tipo de escenario rural y urbano y por sexo durante cada año del periodo de estudio se constató que el escenario urbano tiene mayor número de casos en ambos sexos (Tabla 11). Se observó también que en unos determinados años los hombres superan o igualan a las mujeres en porcentaje de casos; en el entorno rural esto se produjo en los años 2012 donde los porcentajes se igualaron en un 14,3% y 2014 donde se volvió a igualar con un 17,3%, por otro lado en el entorno urbano los hombres superaron en porcentaje de episodios de intento autolítico a las mujeres en los años 2009 con un 33% frente a un 32%, en el 2010 con un 35,7% frente a un 28,6% y en el 2015 con un 31,3% versus un 25,7%.

Tabla 11. Número de casos de intento de suicidio en CLM por año y escenario rural y urbano y sexo durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,05$ . Elaboración propia.

AÑO	ESCENARIO	INTENTOS SUICIDIO	SEXO	
			H	M
2006	RURAL	Nº CASOS	16	17
		%	15,4%	16,3%
	URBANO	Nº CASOS	30	39
		%	28,8%	37,5%
2007	RURAL	Nº CASOS	19	25
		%	13,6%	17,9%
	URBANO	Nº CASOS	32	62
		%	22,9%	44,3%
2008	RURAL	Nº CASOS	16	23
		%	13,0%	18,7%
	URBANO	Nº CASOS	36	48
		%	29,3%	39,0%
2009	RURAL	Nº CASOS	11	22
		%	10,4%	20,8%
	URBANO	Nº CASOS	35	34
		%	33,0%	32,1%
2010	RURAL	Nº CASOS	15	19
		%	13,4%	17,0%
	URBANO	Nº CASOS	40	32
		%	35,7%	28,6%
2011	RURAL	Nº CASOS	17	19
		%	13,4%	15,0%
	URBANO	Nº CASOS	37	50
		%	29,1%	39,4%
2012	RURAL	Nº CASOS	20	20
		%	14,3%	14,3%
	URBANO	Nº CASOS	43	53
		%	30,7%	37,9%
2013	RURAL	Nº CASOS	29	32
		%	17,9%	19,8%
	URBANO	Nº CASOS	37	61
		%	22,8%	37,7%
2014	RURAL	Nº CASOS	26	26
		%	17,3%	17,3%
	URBANO	Nº CASOS	40	53
		%	26,7%	35,3%
2015	RURAL	Nº CASOS	19	39
		%	13,2%	27,1%
	URBANO	Nº CASOS	45	37
		%	31,3%	25,7%

#### 4.4. TEMPORALIDAD

En cuanto a la evolución de los factores de temporalidad en los intentos de suicidio en CLM por años durante el periodo de estudio 2006-2015 (Figura 18), el año 2013 poseía el máximo de la serie con un 12,4 % (162 casos) y el 2006 el mínimo con el 8 % (104 casos).

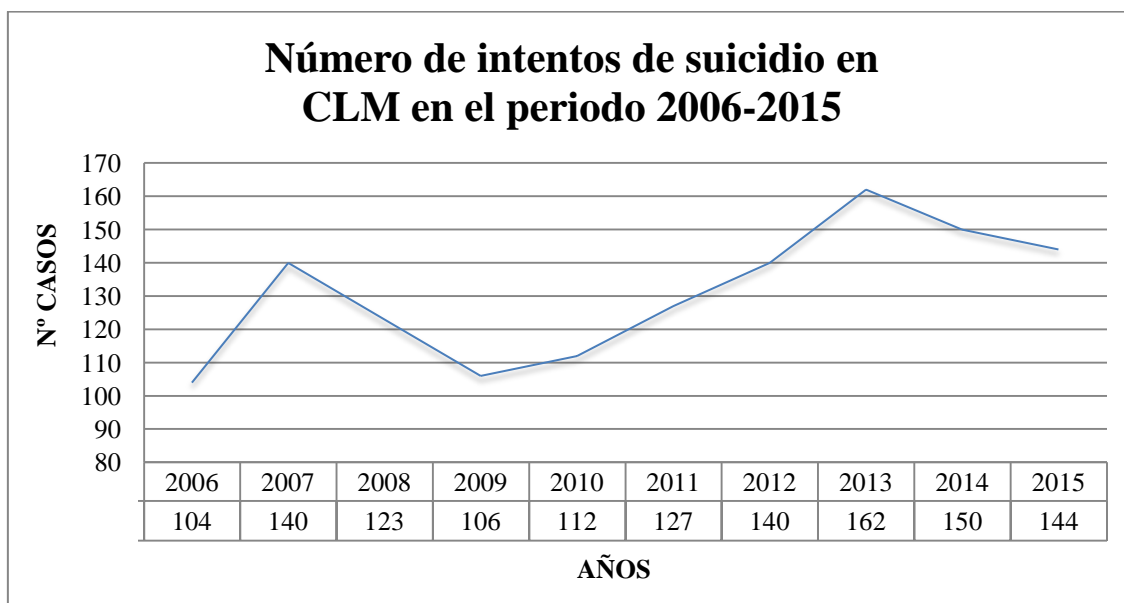


Figura 18. Numero de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por años, periodo 2006-2015,  $p < 0,001$ .

Elaboración propia.

Si se tiene en consideración los meses como uno de los factores de temporalidad en la evolución en los intentos de suicidio en CLM, el mayor número de casos se concentra en el mes de Agosto con un 9,3% (122) y en el mes de Septiembre con un 9,4% (123); en contraposición Febrero con un 6,7% (87) y Octubre con un 7 % (92) son los meses con el menor número de casos (Figura 19). Cuando se observó la distribución por meses y años de los intentos de suicidio se concluyó que sus porcentajes variaban desde un mínimo del 0,2 % (2 casos) en abril de 2006 a un máximo del 1,8 % (23 casos) en noviembre de 2012 (Tabla 12).

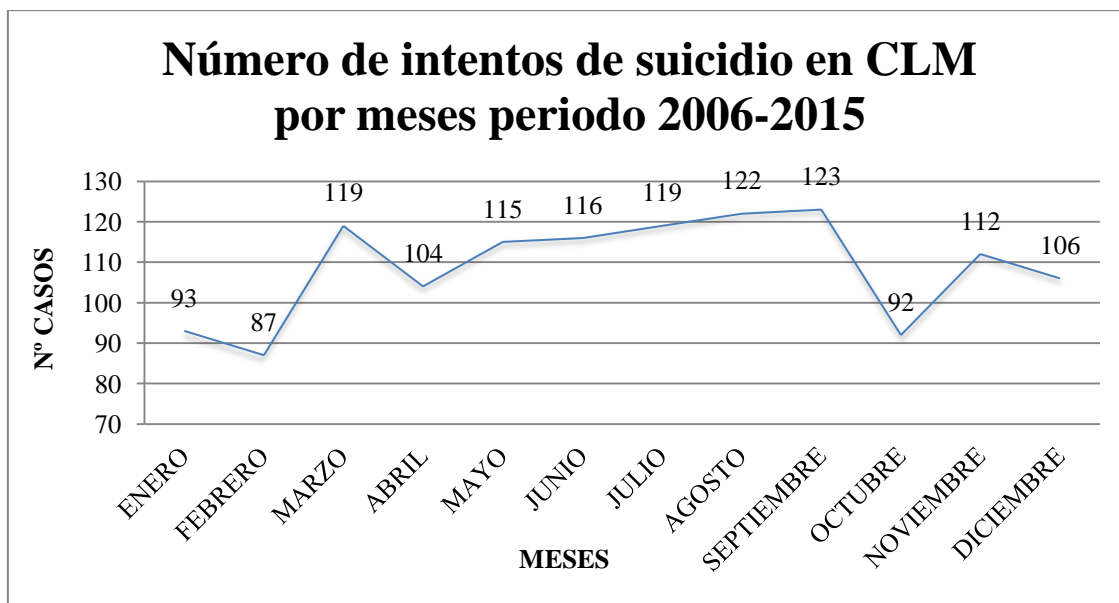


Figura 19. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por meses durante el periodo 2006-2015,  $p < 0,239$ . Elaboración propia.

Tabla 12. Número de intentos de suicidio (recuento y porcentaje) en Castilla-La Mancha por año y por mes durante el periodo 2006-2015,  $p < 0,239$ . Elaboración propia.

AÑO	MESES											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2006	13	5	14	2	11	6	6	13	11	10	6	7
	1,0%	0,4%	1,1%	0,2%	0,8%	0,5%	0,5%	1,0%	0,8%	0,8%	0,5%	0,5%
2007	4	14	7	11	18	12	14	11	23	8	6	12
	0,3%	1,1%	0,5%	0,8%	1,4%	0,9%	1,1%	0,8%	1,8%	0,6%	0,5%	0,9%
2008	5	12	10	11	17	12	6	17	10	10	7	6
	0,4%	0,9%	0,8%	0,8%	1,3%	0,9%	0,5%	1,3%	0,8%	0,8%	0,5%	0,5%
2009	6	6	12	9	8	13	12	11	6	11	4	8
	0,5%	0,5%	0,9%	0,7%	0,6%	1,0%	0,9%	0,8%	0,5%	0,8%	0,3%	0,6%
2010	7	11	9	7	9	11a	11	12	10	5	9	11
	0,5%	0,8%	0,7%	0,5%	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	0,4%	0,7%	0,8%
2011	10	7	11	15	7	12	10	15	12	7	12	9
	0,8%	0,5%	0,8%	1,1%	0,5%	0,9%	0,8%	1,1%	0,9%	0,5%	0,9%	0,7%
2012	13	9	12	13	8	9	13	11	10	7	23	12
	1,0%	0,7%	0,9%	1,0%	0,6%	0,7%	1,0%	0,8%	0,8%	0,5%	1,8%	0,9%
2013	19	9	20	11	9	11	15	14	15	13	11	15
	1,5%	0,7%	1,5%	0,8%	0,7%	0,8%	1,1%	1,1%	1,1%	1,0%	0,8%	1,1%
2014	10	9	13	15	16	10a	11a	10	15	11	14	16a
	0,8%	0,7%	1,0%	1,1%	1,2%	0,8%	0,8%	0,8%	1,1%	0,8%	1,1%	1,2%
2015	6	5	11	10	12	20	21	8	11	10	20	10
	0,5%	0,4%	0,8%	0,8%	0,9%	1,5%	1,6%	0,6%	0,8%	0,8%	1,5%	0,8%
TOTAL AÑOS	93	87	119	104	115	116	119	122	123	92	112	106
	7,1%	6,7%	9,1%	8,0%	8,8%	8,9%	9,1%	9,3%	9,4%	7,0%	8,6%	8,1%

Si se analiza las estaciones meteorológicas (Figura 20) dentro de los factores de temporalidad, el verano es la estación con más intentos de suicidio con 364 casos (203 mujeres y 154 hombres) y la que menos es el invierno con 299 incidentes (165 mujeres y 127 hombres), siendo la primavera con 335 casos (179 mujeres y 147 hombres) y el otoño con 310 casos (164 mujeres y 135 hombres) las dos estaciones con cuantías intermedias.

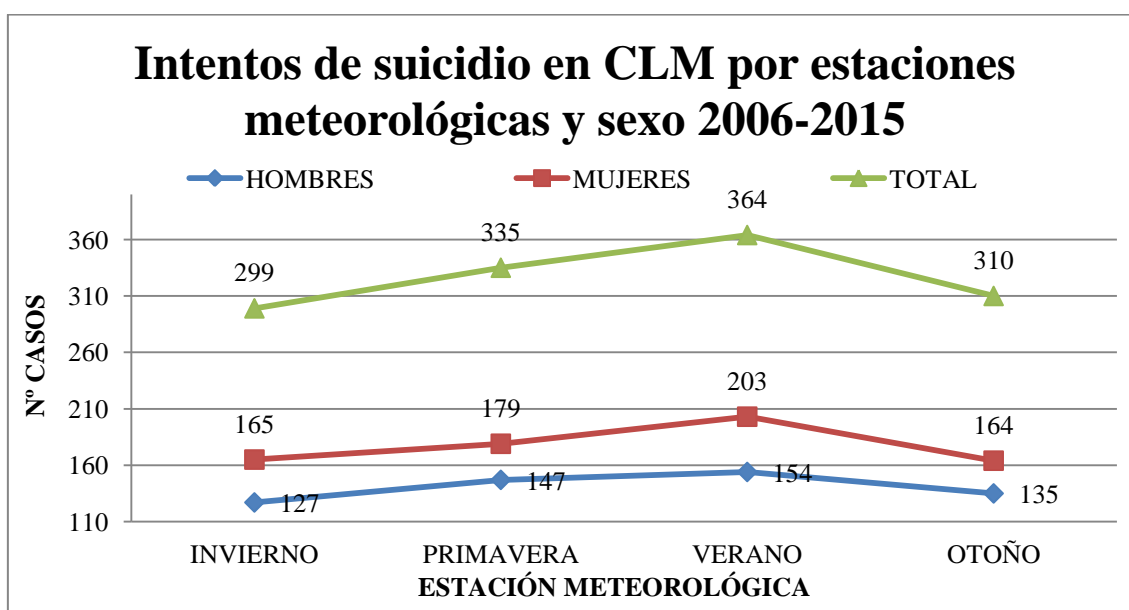


Figura 20. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por estaciones meteorológicas y sexo durante el periodo 2006-2015,  $p < 0,315$ . Elaboración propia.

Al considerar las estaciones meteorológicas dentro de los factores de temporalidad en la evolución de los intentos de suicidio en CLM durante 2006-2015 por cada uno de los años de la serie (Tabla 13), se pudo constatar que el invierno fue la estación con más porcentaje de intentos de suicidio en los años 2006 con un 2,4% y 2013 con un 3,7% de los casos, la primavera tuvo el porcentaje más elevado de incidentes en los años 2009 con un 2,3%, 2008 y 2014 con un 3,1% y el 2015 con un 3,2%, al apuntar al otoño los años con un porcentaje superior fueron el 2012 con un 3,2% y el 2014 con un 3,1%,

siendo en los demás años de la serie el verano la estación con mayor tanto por ciento de casos (2007, 2010 y 2011).

Tabla 13. Número de intentos de suicidio en CLM por estaciones meteorológicas y provincias durante el periodo 2006-2015,  $p < 0,315$ . Elaboración propia.

AÑO	INTENTOS SUICIDIO	ESTACIÓN METEOROLOGICA			
		INVIERNO	PRIMAVERA	VERANO	OTOÑO
2006	Nº Casos	32	19	30	23
	Porcentaje	2,4%	1,5%	2,3%	1,8%
2007	Nº Casos	25	41	48	26
	Porcentaje	1,9%	3,1%	3,7%	2,0%
2008	Nº Casos	27	40	33	23
	Porcentaje	2,1%	3,1%	2,5%	1,8%
2009	Nº Casos	24	30	29	23
	Porcentaje	1,8%	2,3%	2,2%	1,8%
2010	Nº Casos	27	27	33	25
	Porcentaje	2,1%	2,1%	2,5%	1,9%
2011	Nº Casos	28	34	37	28
	Porcentaje	2,1%	2,6%	2,8%	2,1%
2012	Nº Casos	34	30	34	42
	Porcentaje	2,6%	2,3%	2,6%	3,2%
2013	Nº Casos	48	31	44	39
	Porcentaje	3,7%	2,4%	3,4%	3,0%
2014	Nº Casos	32	41	36	41
	Porcentaje	2,4%	3,1%	2,8%	3,1%
2015	Nº Casos	22	42	40	40
	Porcentaje	1,7%	3,2%	3,1%	3,1%
Total AÑOS	Nº Casos	299	335	364	310
	Porcentaje	22,9%	25,6%	27,8%	23,7%

Al considerar las estaciones meteorológicas por provincias dentro de los factores de temporalidad en la evolución de los intentos de suicidio en CLM durante 2006-2015 (Tabla 14), en Cuenca la primavera contó con 39 casos (31,7%), el verano arrojó en las provincias de Ciudad Real 78 casos (28,8%), en Albacete 74 casos (27,9%) y en



Guadalajara 46 casos (34,1%) y la estación otoñal contabilizó en Toledo 136 casos (26,5%).

Tabla 14. Número de intentos de suicidio en CLM por estaciones meteorológicas y provincias durante el periodo 2006-2015,  $p < 0,315$ . Elaboración propia.

ESTACION METEOROLOGICA		CLM	AB	CR	CU	GU	TO
INVIERNO	Nº Casos	299	61	57	27	30	124
	Porcentaje	22,9%	23,0%	21%	22%	22,2%	24,1%
PRIMAVERA	Nº Casos	335	72	69	39	29	126
	Porcentaje	25,9%	27,2%	25,5%	31,7%	21,5%	24,5%
VERANO	Nº Casos	364	74	78	38	46	128
	Porcentaje	27,8%	27,9%	28,8%	30,9%	34,1%	24,9%
OTOÑO	Nº Casos	310	58	67	19	30	136
	Porcentaje	23,7%	21,9%	24,7%	15,4%	22,2%	26,5%

Al tener en cuenta el día de la semana en los incidentes de intento de suicidio en CLM en el global de los años de estudio, se puede afirmar que osciló entre valores de 200 a 156 casos. El domingo y el martes con 200 casos fueron los días con un máximo de episodios a diferencia del jueves que obtuvo el mínimo con 156 sucesos (Figura 21).

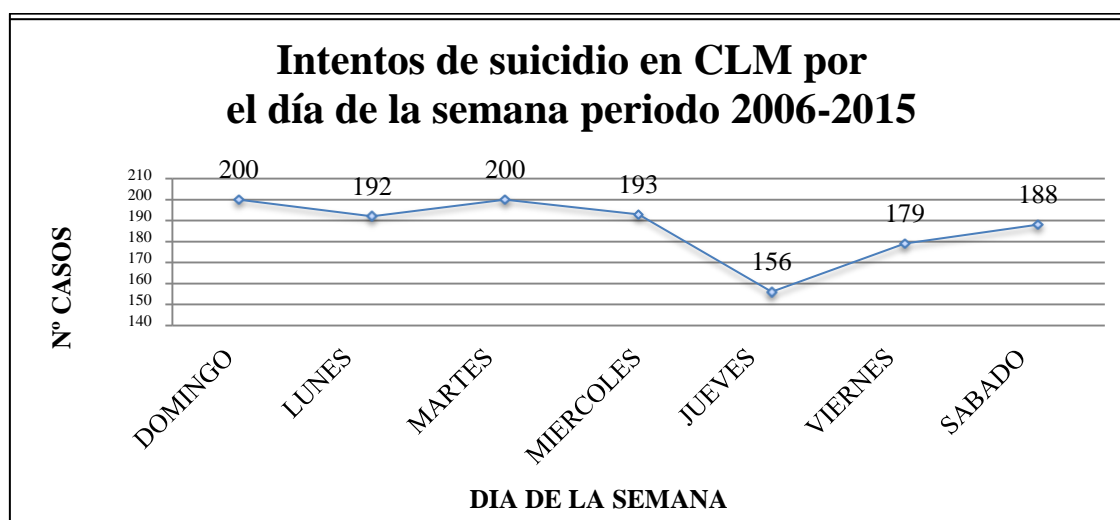


Figura 21. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por el día de la semana durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,315$ . Elaboración propia.

Si se analizan los intentos de suicidio por los días de la semana en los años de estudio (Tabla 15) se vislumbró que el domingo destacó en 2010, el lunes en el 2006 y 2008, el martes en los años 2011, 2012 y 2015, el miércoles en el 2007 y 2013, el jueves nunca fue el día con más casos, el viernes en el 2009 y 2014 y el sábado únicamente en el 2006 fue el que más episodios tuvo.

Tabla 15. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por el día de la semana por cada año del periodo 2006-2015,  $p < 0,315$ . Elaboración propia.

AÑO	INTENTOS DE SUICIDIO	DÍA DE SEMANA						
		DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
2006	Nº Casos	18	19	8	15	15	10	19
	Porcentaje	1,4%	1,5%	0,6%	1,1%	1,1%	,8%	1,5%
2007	Nº Casos	25	19	23	29	17	17	10
	Porcentaje	1,9%	1,5%	1,8%	2,2%	1,3%	1,3%	0,8%
2008	Nº Casos	13	22	18	19	13	19	19
	Porcentaje	1,0%	1,7%	1,4%	1,5%	1,0%	1,5%	1,5%
2009	Nº Casos	11	14	16	14	11	22	18
	Porcentaje	0,8%	1,1%	1,2%	1,1%	0,8%	1,7%	1,4%
2010	Nº Casos	22	14	13	14	18	15	16
	Porcentaje	1,7%	1,1%	1,0%	1,1%	1,4%	1,1%	1,2%
2011	Nº Casos	19	16	27	15	12	16	22
	Porcentaje	1,5%	1,2%	2,1%	1,1%	0,9%	1,2%	1,7%
2012	Nº Casos	19	22	24	19	17	23	16
	Porcentaje	1,5%	1,7%	1,8%	1,5%	1,3%	1,8%	1,2%
2013	Nº Casos	31	26	22	27	18	16	22
	Porcentaje	2,4%	2,0%	1,7%	2,1%	1,4%	1,2%	1,7%
2014	Nº Casos	17	22	20	22	18	26	25
	Porcentaje	1,3%	1,7%	1,5%	1,7%	1,4%	2,0%	1,9%
2015	Nº Casos	25	18	29	19	17	15	21
	Porcentaje	1,9%	1,4%	2,2%	1,5%	1,3%	1,1%	1,6%
TOTAL AÑOS	Nº Casos	200	192	200	193	156	179	188
	Porcentaje	15,3%	14,7%	15,3%	14,8%	11,9%	13,7%	14,4%

Si se analizan los días de la semana, las provincias y el total de CLM (Tabla 16) se observó que el domingo fue el día con más porcentaje de sucesos en Albacete

15,09% (40) junto con Toledo 17,70% (91). El lunes destacó en la provincia de Cuenca con un 16,26% (20). El martes fue el día con más porcentaje de casos en Albacete 15,09% (40), Ciudad Real 17,71% (48) y Cuenca 15,45% (19). El miércoles fue el día con mas porcentaje de intentos de suicidio en Guadalajara con un 18,52% (25) y Ciudad Real con un 15,50% (42). El jueves resaltó en la provincia de Albacete con un 17,36% (46) como máximo frente al mínimo de Toledo con un 9,73% (50). Los viernes alcanzaron en las provincias de Guadalajara un 14,81% (20) y Cuenca con un 14,63% (18). Finalmente se advirtió que el sábado es el día con más porcentaje en Guadalajara con un 17,78% (24) y en Ciudad Real con un 15,13% (41).

Tabla 16. Número de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por día de la semana y provincias durante el periodo 2006-2015,  $p < 0,315$ . Elaboración propia.

	CLM		AB		CR		CU		GU		TO	
<b>DÍA DE LA SEMANA</b>	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%
<b>DOMINGO</b>	200	15,29	40	15,09	38	14,02	15	12,20	16	11,85	91	17,70
<b>LUNES</b>	192	14,68	37	13,96	35	12,92	20	16,26	19	14,07	81	15,76
<b>MARTES</b>	200	15,29	40	15,09	48	17,71	19	15,45	17	12,59	76	14,79
<b>MIÉRCOLES</b>	193	14,76	39	14,72	42	15,50	18	14,63	25	18,52	69	13,42
<b>JUEVES</b>	156	11,93	46	17,36	28	10,33	18	14,63	14	10,37	50	9,73
<b>VIERNES</b>	179	13,69	31	11,70	39	14,39	18	14,63	20	14,81	71	13,81
<b>SABADO</b>	188	14,37	32	12,08	41	15,13	15	12,20	24	17,78	76	14,79

Si se tienen en cuenta las agrupaciones horarias y la provincia (Tabla 17), la franja horaria de 20,00 h a 24,00 h es la que expuso un mayor número de incidentes, con un total de 310 casos (24%) seguida por la de 12,00 h a 16,00 h con un total de 307 casos (23%).

Tabla 17. Número de casos de intento de suicidio en CLM por franja horaria y provincias durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,603$ . Elaboración propia.

FRANJA HORARIA	AB		CR		CU		GU		TO		CLM	
	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%
00:00 a 04:00	30	11,3	35	12,9	12	9,7	18	13	57	11	152	12
04:00 a 08:00	15	5,6	9	3,3	13	10,5	5	3,7	24	4,7	66	5
08:00 a 12:00	42	15,8	41	15,1	16	13,0	19	14	69	13	187	14
12:00 a 16:00	66	24,9	60	22,1	21	17,0	30	22	130	25	307	23
16:00 a 20:00	52	19,6	62	22,8	26	21,1	31	23	115	22	286	22
20:00 a 24:00	60	22,6	64	23,6	35	28,4	32	24	119	23	310	24

Si se tienen en cuenta las agrupaciones horarias y el año, la franja horaria (Tabla 18) con más casos fue la de las 20,00 h a 24,00 h en cinco de los años; 2007, 2010, 2012, 2014 y 2015, a continuación vendría la franja de 12,00 h a 16,00 h en los años 2006, 2008 y 2011 y finalmente la de las 16,00 h a 20,00 h en los años 2009 y 2013.

Tabla 18. Número de casos de intento de suicidio en CLM, por franja horaria y años durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,067$ . Elaboración propia.

AÑO	INTENTOS SUICIDIO	FRANJA HORARIA					
		00:00 a 04:00	04:00 a 08:00	08:00 a 12:00	12:00 a 16:00	16:00 a 20:00	20:00 a 24:00
2006	Nº Casos	14	4	18	27	20	21
	Porcentaje	1,1%	0,3%	1,4%	2,1%	1,5%	1,6%
2007	Nº Casos	12	15	23	29	28	33
	Porcentaje	0,9%	1,1%	1,8%	2,2%	2,1%	2,5%
2008	Nº Casos	11	6	17	35	26	28
	Porcentaje	0,8%	0,5%	1,3%	2,7%	2,0%	2,1%
2009	Nº Casos	13	1	12	27	31	22
	Porcentaje	1,0%	0,1%	0,9%	2,1%	2,4%	1,7%
2010	Nº Casos	23	4	17	24	17	27
	Porcentaje	1,8%	0,3%	1,3%	1,8%	1,3%	2,1%
2011	Nº Casos	12	7	21	30	28	29
	Porcentaje	0,9%	0,5%	1,6%	2,3%	2,1%	2,2%

<b>2012</b>	Nº Casos	13	5	20	33	34	35
	Porcentaje	1,0%	0,4%	1,5%	2,5%	2,6%	2,7%
<b>2013</b>	Nº Casos	26	5	15	39	44	33
	Porcentaje	2,0%	0,4%	1,1%	3,0%	3,4%	2,5%
<b>2014</b>	Nº Casos	12	13	28	29	26	42
	Porcentaje	0,9%	1,0%	2,1%	2,2%	2,0%	3,2%
<b>2015</b>	Nº Casos	16	6	16	34	32	40
	Porcentaje	1,2%	0,5%	1,2%	2,6%	2,4%	3,1%
<b>TOTAL</b>	Nº Casos	152	66	187	307	286	310
<b>AÑOS</b>	Porcentaje	11,6%	5,0%	14,3%	23,5%	21,9%	23,7%

En lo que se refiere a los horarios de mañana (8,00 h-16,00 h), tarde (15,00 h-24,00 h) y noche (24,00 h-8,00 h) por los años del estudio (Tabla 19) se observó que el turno de tarde contó con un mayor número de casos en todos los años exceptuando el año 2006 en el que la mañana fue el turno con más incidentes de intentos de suicidio, la noche fue la franja horaria que menos episodios aportó en cada año de la serie.

Tabla 19. Número de casos de intento de suicidio en CLM por año y turno de mañana, tarde y noche durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,05$ . Elaboración propia.

<b>AÑOS</b>	<b>CASOS DE INTENTO SUICIDIO</b>	<b>Turno</b>		
		<b>Noche</b>	<b>Mañana</b>	<b>Tarde</b>
<b>2006</b>	Nº Casos	18	45	41
	Porcentaje	1,4%	3,4%	3,1%
<b>2007</b>	Nº Casos	27	52	61
	Porcentaje	2,1%	4,0%	4,7%
<b>2008</b>	Nº Casos	17	52	54
	Porcentaje	1,3%	4,0%	4,1%
<b>2009</b>	Nº Casos	14	39	53
	Porcentaje	1,1%	3,0%	4,1%
<b>2010</b>	Nº Casos	27	41	44
	Porcentaje	2,1%	3,1%	3,4%
<b>2011</b>	Nº Casos	19	51	57
	Porcentaje	1,5%	3,9%	4,4%
<b>2012</b>	Nº Casos	18	53	69
	Porcentaje	1,4%	4,1%	5,3%

<b>2013</b>	Nº Casos	31	54	77
	Porcentaje	2,4%	4,1%	5,9%
<b>2014</b>	Nº Casos	25	57	68
	Porcentaje	1,9%	4,4%	5,2%
<b>2015</b>	Nº Casos	22	50	72
	Porcentaje	1,7%	3,8%	5,5%
<b>TOTAL AÑOS</b>	Nº Casos	218	494	596
	Porcentaje	16,7%	37,8%	45,6%

En lo que se refiere a los horarios de mañana (8,00 h-16,00 h), tarde (15,00 h-24,00 h) y noche (24,00 h-8,00 h) se evidenció que las tardes fueron el horario que más intentos de suicidio reunió en todas las provincias y en el total de CLM (Tabla 20).

Tabla 20. Número de casos de intento de suicidio en CLM por provincias y turno de mañana, tarde y noche durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,733$ . Elaboración propia.

<b>TURNO</b>	<b>AB</b>		<b>CR</b>		<b>CU</b>		<b>GU</b>		<b>TO</b>		<b>CLM</b>	
	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%
<b>MAÑANA</b>	108	40,7	101	37,2	37	30,0	49	36	199	39	494	38
<b>TARDE</b>	112	42,2	126	46,4	61	49,5	63	47	234	46	596	46
<b>NOCHE</b>	45	16,9	44	16,2	25	20,3	23	17	81	16	218	17

En lo tocante al sexo y a los turnos de mañana (8,00 h-16,00 h), tarde (15,00 h-24,00 h) y noche (24,00 h-8,00 h) en que se producen los intentos de suicidio en CLM en el periodo 2006-2015 (Figura 22), el turno que más sucesos tuvo en ambos sexos fue la tarde con 329 casos en mujeres y 255 casos en hombres, seguida por la mañana y la noche. Las mujeres estuvieron siempre por delante en el número de casos con respecto a los varones excepto en el turno de noche donde los hombres tuvieron más intentos autolíticos.

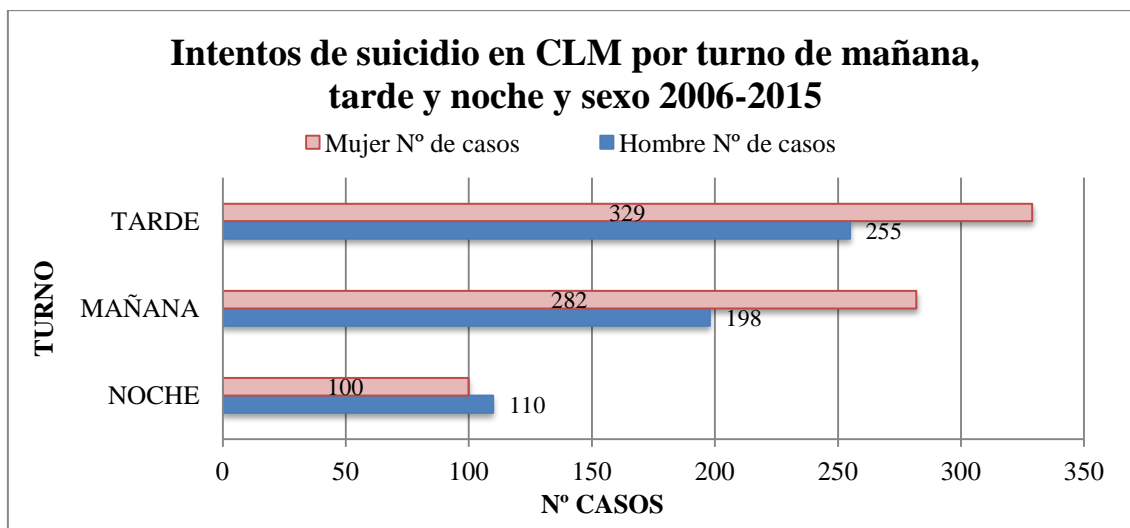


Figura 22. Intentos de suicidio por sexo y turno de mañana, tarde y noche,  $p < 0,009$ . Elaboración propia.

Si se hace una agrupación dicotómica de las horas en la que se produce el intento de suicidio en horario diurno (8,00h-20,00h) y nocturno (20,00h-8,00h), hubo un predominio del horario diurno sobre el nocturno. Solamente en la provincia de Cuenca (Tabla 21) la frecuencia y los porcentajes son similares. En las demás provincias el horario diurno fue algo superior al 20% en incidentes que el nocturno. En el total de CLM se repitió la tendencia general por lo que el horario diurno fue superior en un 20% en número de casos al turno nocturno.

Tabla 21. Número de casos de intento de suicidio en CLM por provincias y periodo diurno versus nocturno durante el periodo de estudio 2006-2015,  $p < 0,603$ . Elaboración propia.

TURNOS DIURNO/ NOCTURNO	PROVINCIAS Y CLM											
	AB		CR		CU		GU		TO		CLM	
	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%
DIURNO	160	60,3	163	60,1	63	51,2	80	59,0	314	61	780	60,0
NOCTURNO	105	39,6	108	39,8	60	48,7	55	41,0	200	39	528	40,0

#### **4.5. METODO UTILIZADO EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO**

En referencia al método empleado en el intento de suicidio en el total de los casos sucedidos durante el periodo de estudio 2006-2015, se observó que los métodos suaves o no violentos, es decir los que son poco agresivos como la ingesta de diversos tipos de medicamentos fueron superiores en el número de incidentes a los métodos violentos, agresivos o de alta impulsividad como el ahorcamiento, las armas de fuego o blancas, el salto de altura o la inmersión. La sobredosis de los fármacos "Tranquilizantes/Psicotropos" (332 casos), "Otros sedantes e hipnóticos" (272 casos), "Otros fármacos" (127 casos), "Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos" (92 casos) y Barbitúricos (32 casos) son las técnicas más utilizadas (Figura 23). Los métodos agresivos o violentos ofrecieron un menor número de incidentes, algunos de ellos por debajo de diez casos en los diez años de estudio, como por ejemplo los Venenos agrícolas con 6 intentonas y el Ahogamiento/Inmersión con 5 casos.



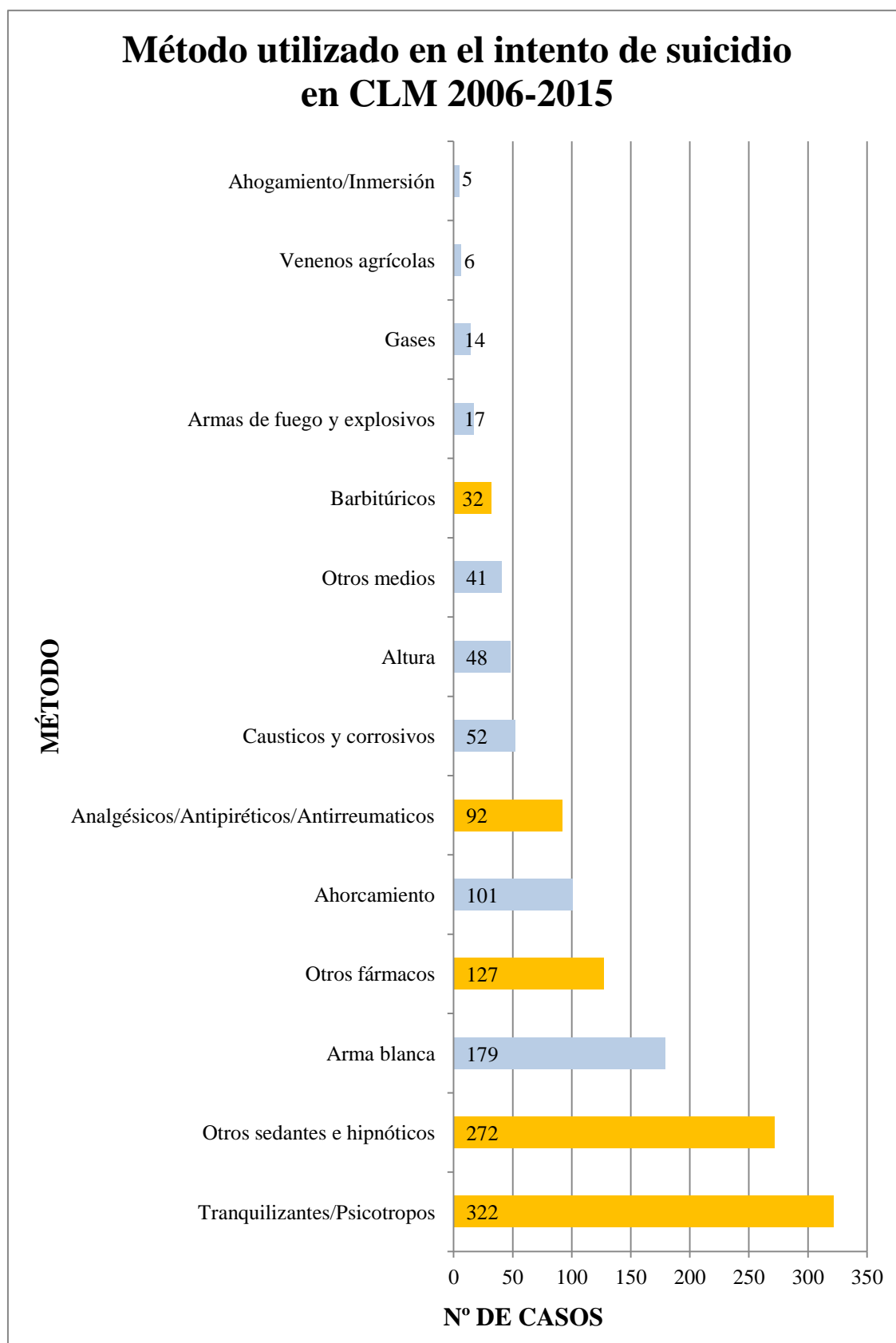


Figura 23. Método utilizado para cometer los intentos de suicidio en CLM durante periodo estudio 2006-2015,  $p < 0,001$ . Elaboración propia.

Al tener en cuenta el método de intento de suicidio utilizado por sexos en el periodo de estudio 2006-2015 (Tabla 22) se observó que las mujeres tuvieron en los métodos; Analgésicos, Antipiréticos y Antirreumáticos 60 casos, Otros sedantes e hipnóticos 182 casos, Tranquilizantes y Psicotropos 197 casos. Los hombres sin embargo ofrecieron en los métodos; Gases 11 casos, Ahorcamiento 71 casos, Armas de fuego y explosivos 10 casos y en Arma blanca 101 casos. El salto desde una altura es un método utilizado de forma similar en ambos sexos, con 21 casos en las mujeres (3%) y 23 incidentes en los hombres (4,1%).

Tabla 22. Métodos utilizados en los intento de suicidio en CLM por sexo en el total de los años de la serie 2006-2015,  $p < 0,001$ . "Con fondo amarillo, los métodos No Violentos". Elaboración propia.

<b>MÉTODO DE INTENTO DE SUICIDIO</b>	<b>HOMBRE</b>		<b>MUJER</b>	
	<b>Nº casos</b>	<b>%</b>	<b>Nº casos</b>	<b>%</b>
Analgésicos/Antipiréticos /Antirreumáticos	30	5,3	60	8,4
Barbitúricos	11	2,0	21	3,0
Otros sedantes e hipnóticos	86	15,3	182	25,6
Tranquilizantes/Psicotropos	123	21,8	197	27,7
Otros fármacos	49	8,7	76	10,7
Cáusticos y corrosivos	22	3,9	30	4,2
Venenos agrícolas	2	0,4	4	0,6
Gases	11	2,0	2	0,3
Ahorcamiento	71	12,6	23	3,2
Ahogamiento/Inmersión	3	0,5	2	0,3
Armas de fuego y explosivos	10	1,8	4	0,6
Arma blanca	101	17,9	73	10,3
Altura	23	4,1	21	3,0
Otros medios	21	3,7	16	2,3

Al examinar el tipo de método (no agrupado) usado en los intentos de suicidios en CLM por años en el periodo 2006-2015 (Tabla 23) se reparó que en los métodos basados en la sobredosis o intoxicación por fármacos como; "Otros sedantes e hipnóticos" junto con "Tranquilizantes/Psicotropos" y "Otros fármacos" fueron los que arrojaron un

número importantes de casos en todos los años del estudio. Entre los métodos agresivos o de alta impulsividad se reparó que el Ahorcamiento es siempre uno de los métodos sugerentes con un máximo de 19 casos en 2013, también se observó que las lesiones provocadas con Armas blancas proporcionaron cifras desde un mínimo de 15 casos en 2008, 2009 y 2010 hasta el máximo en 2013 con 22 intentos de suicidio.

Tabla 23. Número de intentos de suicidio en CLM durante periodo estudio 2006-2015 por años y por tipo de método empleado,  $p < 0,004$ . "Con fondo amarillo, los métodos No Violentos". Elaboración propia.

MÉTODO INTENTO DE SUICIDIO	AÑO									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Analgésicos/ Antipiréticos/ Antirreumáticos	8	15	6	9	4	11	9	15	7	8
Barbitúricos	9	6	1	1	1	2	3	0	7	2
Otros sedantes e hipnóticos	12	31	31	28	20	23	31	26	31	39
Tranquilizantes /Psicotropos	21	31	28	21	31	34	29	41	42	44
Otros fármacos	14	16	13	9	12	8	11	21	14	9
Cáusticos y corrosivos	1	7	5	2	3	8	5	6	6	9
Venenos agrícolas	1	0	1	0	2	1	0	0	0	1
Gases	1	4	1	0	0	0	5	1	2	0
Ahorcamiento	8	3	14	9	6	10	16	19	9	7
Ahogamiento/ Inmersión	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0
Armas de fuego y explosivos	3	2	2	0	2	2	3	0	2	1
Arma blanca	18	18	15	15	15	18	20	22	19	19
Altura	6	4	2	8	9	5	3	5	4	2
Otros medios	0	3	4	4	6	4	5	5	7	3

Al examinar el tipo de método (no agrupado) usado en los intentos de suicidios en CLM por años y por sexo en el periodo 2006-2015 (Tabla 24), se observó que los métodos suaves arrojaron más casos en las mujeres que en los hombres, los "Otros sedantes e hipnóticos" y los "Tranquilizantes/Psicotropos" fueron los fármacos más utilizados por las mujeres durante todos los años de estudio. Los hombres usaron

también como medio suave los mismos tipos de fármacos, pero el medio violento en los intentos de suicidio es más usado, especialmente el ahorcamiento y las armas blancas.

Si agrupamos los métodos de intento de suicidio por años y por el método de intento de suicidio, violento (armas, ahorcamiento, salto de altura, etc.) y no violento (fármacos) y se estudia su comportamiento por años durante el periodo 2006-2015 (Tabla 24), se observó que los medios no violentos arrojaron más casos que los métodos no violento en todos los años de la serie.

Tabla 24. Número de intentos de suicidio en CLM durante periodo estudio 2006-2015 por años, sexo y tipo de método empleado,  $p < 0,004$ . "Con fondo amarillo, los métodos No Violentos". Elaboración propia.

AÑO	MÉTODO INTENTO DE SUICIDIO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
2006	Cáusticos y corrosivos	1	0	1
	Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos	4	4	8
	Barbitúricos	3	6	9
	Otros sedantes e hipnóticos	2	10	12
	Tranquilizantes/Psicotropos	8	13	21
	Otros fármacos	6	8	14
	Venenos agrícolas	0	1	1
	Gases	1	0	1
	Ahorcamiento	6	2	8
	Ahogamiento/Inmersión	1	1	2
	Armas de fuego y explosivos	2	0	2
	Arma blanca	9	8	17
	Altura	3	3	6
	TOTAL METODOS 2006	46	0	46
2007	Cáusticos y corrosivos	3	4	7
	Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos	4	11	15
	Barbitúricos	0	6	6
	Otros sedantes e hipnóticos	11	20	31
	Tranquilizantes/Psicotropos	12	19	31
	Otros fármacos	4	11	15
	Gases	3	1	4
	Ahorcamiento	2	1	3
	Armas de fuego y explosivos	1	1	2
	Arma blanca	7	10	17
	Altura	1	3	4
	Otros medios	3	0	3
	TOTAL METODOS 2007	51	87	138
2008	Cáusticos y corrosivos	1	4	5
	Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos	3	3	6
	Barbitúricos	1	0	1
	Otros sedantes e hipnóticos	10	21	31
	Tranquilizantes/Psicotropos	11	17	28
	Otros fármacos	4	9	13
	Venenos agrícolas	1	0	1
	Gases	1	0	1
	Ahorcamiento	11	3	14
	Armas de fuego y explosivos	1	1	2
	Arma blanca	7	8	15
	Altura	1	1	2
	Otros medios	0	4	4
	TOTAL METODOS 2008	52	71	123

<b>2009</b>	Cáusticos y corrosivos	1	1	2
	Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos	2	7	9
	Barbitúricos	0	1	1
	Otros sedantes e hipnóticos	8	19	27
	Tranquilizantes/Psicotropos	7	13	20
	Otros fármacos	7	2	9
	Ahorcamiento	7	2	9
	Arma blanca	9	6	15
	Altura	3	4	7
	Otros medios	2	1	3
TOTAL METODOS 2009		46	56	102
<b>2010</b>	Cáusticos y corrosivos	3	0	3
	Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos	3	1	4
	Barbitúricos	1	0	1
	Otros sedantes e hipnóticos	7	13	20
	Tranquilizantes/Psicotropos	12	19	31
	Otros fármacos	5	6	11
	Venenos agrícolas	1	1	2
	Ahorcamiento	4	2	6
	Ahogamiento/Inmersión	1	0	1
	Armas de fuego y explosivos	1	1	2
	Arma blanca	8	6	14
	Altura	7	0	7
	Otros medios	2	2	4
	TOTAL METODOS 2010	55	51	106
<b>2011</b>	Cáusticos y corrosivos	2	6	8
	Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos	4	6	10
	Barbitúricos	1	1	2
	Otros sedantes e hipnóticos	3	19	22
	Tranquilizantes/Psicotropos	14	20	34
	Otros fármacos	1	7	8
	Venenos agrícolas	0	1	1
	Ahorcamiento	8	1	9
	Ahogamiento/Inmersión	1	0	1
	Armas de fuego y explosivos	1	0	1
	Arma blanca	13	5	18
	Altura	3	2	5
	Otros medios	3	1	4
	TOTAL METODOS 2011	54	69	123
<b>2012</b>	Cáusticos y corrosivos	0	5	5
	Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos	3	6	9
	Barbitúricos	2	1	3
	Otros sedantes e hipnóticos	10	20	30
	Tranquilizantes/Psicotropos	11	18	29
	Otros fármacos	4	7	11
	Gases	3	1	4
	Ahorcamiento	13	3	16
	Armas de fuego y explosivos	2	0	2
	Arma blanca	12	8	20
	Altura	2	1	3
	Otros medios	1	3	4
	TOTAL METODOS 2012	63	73	136
<b>2013</b>	Cáusticos y corrosivos	3	3	6
	Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos	2	13	15
	Otros sedantes e hipnóticos	9	17	26
	Tranquilizantes/Psicotropos	13	28	41
	Otros fármacos	7	14	21
	Gases	1	0	1
	Ahorcamiento	12	6	18
	Ahogamiento/Inmersión	0	1	1
	Arma blanca	15	6	21
	Altura	1	3	4
	Otros medios	3	2	5
	TOTAL METODOS 2013	66	93	159
<b>2014</b>	Cáusticos y corrosivos	5	1	6
	Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos	1	5	6
	Barbitúricos	3	4	7
	Otros sedantes e hipnóticos	9	21	30
	Tranquilizantes/Psicotropos	16	26	42
	Otros fármacos	7	7	14
	Gases	2	0	2
	Ahorcamiento	6	1	7

	Armas de fuego y explosivos	1	1	2
	Arma blanca	10	8	18
	Altura	1	3	4
	Otros medios	5	2	7
	TOTAL METODOS 2014	66	79	145
<b>2015</b>	Cáusticos y corrosivos	3	6	9
	Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos	4	4	8
	Barbitúricos	0	2	2
	Otros sedantes e hipnóticos	17	22	39
	Tranquilizantes/Psicotropos	19	24	43
	Otros fármacos	4	5	9
	Venenos agrícolas	0	1	1
	Ahorcamiento	2	2	4
	Armas de fuego y explosivos	1	0	1
	Arma blanca	11	8	19
	Altura	1	1	2
	Otros medios	2	1	3
	TOTAL METODOS 2015	64	76	140
	Cáusticos y corrosivos	22	30	52
<b>Total AÑOS</b>	Analgésicos/Antipiréticos/Antirreumáticos	30	60	90
	Barbitúricos	11	21	32
	Otros sedantes e hipnóticos	86	182	268
	Tranquilizantes/Psicotropos	123	197	320
	Otros fármacos	49	76	125
	Venenos agrícolas	2	4	6
	Gases	11	2	13
	Ahorcamiento	71	23	94
	Ahogamiento/Inmersión	3	2	5
	Armas de fuego y explosivos	10	4	14
	Arma blanca	101	73	174
	Altura	23	21	44
	Otros medios	21	16	37

Al repasar el método de intento de suicidio (no agrupado) utilizado por provincias en el periodo de años 2006-2015 se observó en los métodos basados en la sobredosis con fármacos; que en los Barbitúricos se dio un porcentaje del 5,2% en Guadalajara y del 4,9% en Cuenca mientras que en Ciudad Real se produjo un 0,4%, en los Tranquilizantes y Psicotropos en Toledo se originó un 28,6% de los casos y Cuenca arrojó un porcentaje del 14,6% de los incidentes.

Si la atención se focaliza en los métodos agresivos; los Cáusticos y corrosivos dieron un porcentaje del 8,9% en Cuenca mientras que en Guadalajara se produjo un 0,7%, el Ahorcamiento dio un saldo del 12,9% en Ciudad Real a diferencia de Albacete que reseñó un 5,3% y Toledo un 5,6% (Tabla 25).

Tabla 25. Método utilizado para cometer los intentos de suicidio por Provincias y en CLM durante periodo estudio 2006-2015,  $p < 0,001$ . "Con fondo amarillo, los métodos No Violentos". Elaboración propia.

Tipos	PROVINCIA Y CLM											
	CLM		AB		CR		CU		GU		TO	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
<b>Analgésicos/ Antipiréticos/ Antirreumáticos</b>	92	7,0	14	5,3	18	6,6	7	5,7	8	5,9	45	8,8
<b>Barbitúricos</b>	32	2,4	10	3,8	1	0,4	6	4,9	7	5,2	8	1,6
<b>Otros sedantes e hipnóticos</b>	272	20,8	63	23,8	43	15,9	24	19,5	26	19,3	116	22,6
<b>Tranquilizantes/ Psicotropos</b>	322	24,6	69	26,0	61	22,5	18	14,6	27	20,0	147	28,6
<b>Otros fármacos</b>	127	9,7	28	10,6	19	7,0	14	11,4	11	8,1	55	10,7
<b>Cáusticos y corrosivos</b>	52	4,0	7	2,6	15	5,5	11	8,9	1	0,7	18	3,5
<b>Venenos agrícolas</b>	6	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	5	1,0
<b>Gases</b>	14	1,1	2	,8	5	1,8	2	1,6	0	0,0	5	1,0
<b>Ahorcamiento</b>	101	7,7	14	5,3	35	12,9	8	6,5	15	11,1	29	5,6
<b>Ahogamiento/ Inmersión</b>	5	0,4	1	0,4	2	0,7	0	0,0	0	0,0	2	0,4
<b>Armas de fuego y explosivos</b>	17	1,3	1	0,4	4	1,5	5	4,1	2	1,5	5	1,0
<b>Arma blanca</b>	179	13,7	35	13,2	46	17,0	17	13,8	25	18,5	56	10,9
<b>Altura</b>	48	3,7	15	5,7	13	4,8	4	3,3	6	4,4	10	1,9
<b>Otros medios</b>	41	3,1	6	2,3	9	3,3	7	5,7	6	4,4	13	2,5
<b>Total</b>	1308	100	265	100	271	100	123	100	135	100	514	100

Si se tiene en cuenta el tipo de método violento y no violento por sexo y por cada año de la serie (Tabla 26 y 27), se constató que las mujeres tuvieron un número más abultado de casos usando en método no violento en todos los años del estudio. Los hombres igualaron en casos en el año 2006 el método violento al método suave (23) o lo superaron en los años 2011 (31 casos en hombres *versus* 23), 2012 (33 casos en hombres *versus* 30) y 2013 (35 casos en hombres *versus* 31).

Tabla 26. Método de intento de suicidio, violento y no violento utilizado por años en CLM,  $p<0,458$ .

Elaboración propia.

MÉTODO DE INTENTO DE SUICIDIO	AÑO									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>VIOLENTOS</b>	40	41	44	38	44	49	57	59	49	42
<b>NO VIOLENTOS</b>	64	99	79	68	68	78	83	103	101	102
<b>TOTAL</b>	104	140	123	106	112	127	140	162	150	144

Si se tiene en cuenta el tipo de método violento y no violento por sexo en el total de los casos del periodo 2006-2015, se comprobó que ambos sexos utilizan más los procedimientos suaves o no violentos, pero los hombres usan más los métodos violentos con 264 incidentes que las mujeres con 175 casos (Tabla 28).

Tabla 27. Método de intento de suicidio, violento y no violento utilizado por sexo y años en CLM durante periodo 2006-2015,  $p<0,458$ . Elaboración propia.

SEXO	MÉTODO DE INTENTO DE SUICIDIO	AÑO									
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>MUJERES</b>	<b>VIOLENTOS</b>	15	20	21	14	12	16	21	21	16	19
	<b>NO VIOLENTOS</b>	41	67	50	42	39	53	52	72	63	57
<b>HOMBRES</b>	<b>VIOLENTOS</b>	23	20	23	22	27	31	33	35	30	20
	<b>NO VIOLENTOS</b>	23	31	29	24	28	23	30	31	36	44

Tabla 28. Método de intento de suicidio, violento y no violento utilizado por sexo en CLM,  $p<0,458$ .

Elaboración propia.

MÉTODO DE INTENTO DE SUICIDIO		HOMBRES	MUJERES	TOTAL
<b>VIOLENTOS</b>	Nº Casos	264	175	439
	Porcentaje	20,7%	13,7%	34,5%
<b>NO VIOLENTOS</b>	Nº Casos	299	536	835
	Porcentaje	23,5%	42,1%	65,5%

Al focalizar dentro de los métodos violentos el ahorcamiento y se estudia por sexo y años del periodo 2006-2015 (Figura 24), se observó que los hombres fueron los que más casos tuvieron en todos los años del estudio, desde un mínimo del doble o triple de casos (2006, 2007, 2008 y 2009) hasta ocho veces más (2011).



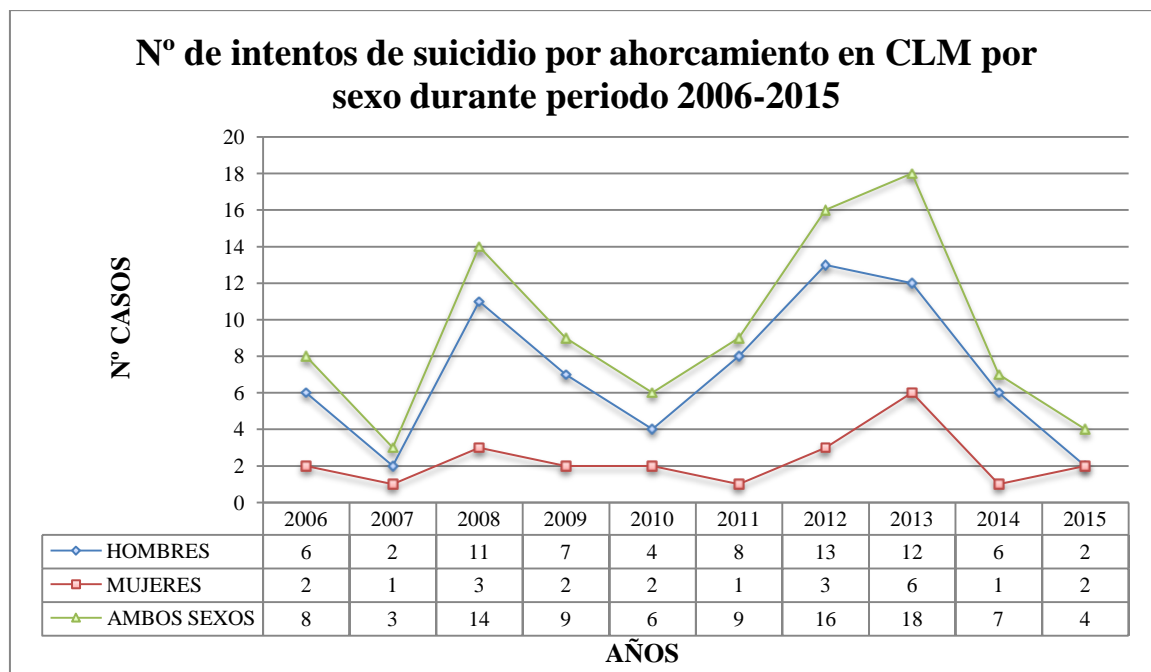


Figura 24. Número de intento de suicidio por ahorcamiento en CLM periodo 2006-2005,  $p < 0,05$ .

Elaboración propia.

Si se tiene en cuenta el tipo de método agrupándolo en intento de suicidio violento (armas, ahorcamiento, salto de altura, etc.) y no violento (intoxicación por fármacos) por provincias y en el total de CLM (Tabla 29) se observó que los medios no violentos arrojaron más casos que los métodos no violento en todas las provincias. El método suave se usó en un 64,6 % (845) del total de CLM en el periodo temporal total del estudio.

La provincia de Toledo fue la que tuvo mayor número de incidentes con los dos métodos, tanto el violento (143 casos) como con el no violento (371 casos) y la que menos Cuenca con ambos métodos.

Tabla 29. Método de intento de suicidio, violento y no violento utilizado por provincias y total de CLM periodo 2006-2015,  $p < 0,001$ . Elaboración propia.

MÉTODO INTENTO DE SUICIDIO	PROVINCIA Y CLM											
	AB		CR		CU		GU		TO		CLM	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
<b>VIOLENTOS</b>	81	30,6%	129	47,6%	54	43,9%	56	41,9%	143	27,9%	463	35,4%
<b>NO VIOLENTOS</b>	184	69,4%	142	52,4%	69	56,1%	79	58,5%	371	72,1%	845	64,6%

Si agrupamos los métodos de intento de suicidio por años, por método violento *versus* no violento y por provincias en todos los años de la serie; se observó que el método violento fue superior al suave en el año 2006 en las provincias de CR (13,5%) y GU (2,9%), en el 2007 en CU (2,9%) y GU (2,9%) , en el 2008 en GU (5,7%), en el 2010 en CR (12,5%), en el 2011 en GU (3,1%) en el 2013 en CR (10,5%) y CU (6,8%), y en el 2014 en CR (10%) (Tabla 30).

Tabla 30. Método de intento de suicidio, violento y no violento utilizado por provincias y total de CLM periodo 2006-2015, p<0,05. Elaboración propia.

AÑO	MÉTODO INTENTO DE SUICIDIO		PROVINCIA				
			AB	CR	CU	GU	TO
2006	Violentos	Nº Casos	4	14	7	3	12
		Porcentaje	3,8%	13,5%	6,7%	2,9%	11,5%
	No violentos	Nº Casos	14	13	8	2	27
		Porcentaje	13,5%	12,5%	7,7%	1,9%	26,0%
2007	Violentos	Nº Casos	7	13	4	4	13
		Porcentaje	5,0%	9,3%	2,9%	2,9%	9,3%
	No violentos	Nº Casos	17	26	8	1	47
		Porcentaje	12,1%	18,6%	5,7%	,7%	33,6%
2008	Violentos	Nº Casos	5	9	7	7	16
		Porcentaje	4,1%	7,3%	5,7%	5,7%	13,0%
	No violentos	Nº Casos	15	15	12	2	35
		Porcentaje	12,2%	12,2%	9,8%	1,6%	28,5%
2009	Violentos	Nº Casos	6	11	3	4	14
		Porcentaje	5,7%	10,4%	2,8%	3,8%	13,2%
	No violentos	Nº Casos	16	11	4	6	31
		Porcentaje	15,1%	10,4%	3,8%	5,7%	29,2%
2010	Violentos	Nº Casos	13	14	3	5	9
		Porcentaje	11,6%	12,5%	2,7%	4,5%	8,0%
	No violentos	Nº Casos	16	8	5	0	39
		Porcentaje	14,3%	7,1%	4,5%	,0%	34,8%
2011	Violentos	Nº Casos	11	10	3	4	21
		Porcentaje	8,7%	7,9%	2,4%	3,1%	16,5%
	No violentos	Nº Casos	25	17	3	3	30
		Porcentaje	19,7%	13,4%	2,4%	2,4%	23,6%
2012	Violentos	Nº Casos	14	14	8	5	16
		Porcentaje	10,0%	10,0%	5,7%	3,6%	11,4%
	No violentos	Nº Casos	23	14	8	12	26
		Porcentaje	16,4%	10,0%	5,7%	8,6%	18,6%
2013	Violentos	Nº Casos	8	17	11	10	13
		Porcentaje	4,9%	10,5%	6,8%	6,2%	8,0%
	No violentos	Nº Casos	22	16	4	13	48
		Porcentaje	13,6%	9,9%	2,5%	8,0%	29,6%
2014	Violentos	Nº Casos	8	15	4	8	14
		Porcentaje	5,3%	10,0%	2,7%	5,3%	9,3%
	No violentos	Nº Casos	20	11	8	20	42
		Porcentaje	13,3%	7,3%	5,3%	13,3%	28,0%
2015	Violentos	Nº Casos	5	12	4	6	15
		Porcentaje	3,5%	8,3%	2,8%	4,2%	10,4%
	No violentos	Nº Casos	16	11	9	20	46
		Porcentaje	11,1%	7,6%	6,3%	13,9%	31,9%
TOTAL AÑOS	Violentos	Nº Casos	81	129	54	56	143
		Porcentaje	6,2%	9,9%	4,1%	4,3%	10,9%
	No violentos	Nº Casos	184	142	69	79	371
		Porcentaje	14,1%	10,9%	5,3%	6,0%	28,4%

Si agrupamos los métodos de intento de suicidio en técnicas agresivas o violentas (armas, ahorcamiento, salto de altura, etc.) y prácticas no violentas (fármacos) y vemos su uso por grupos de edades (Figura 25), el método no violento fue el escogido en los grupos de edad de <18, 18-35, 36-45 y de 45-65 años. El grupo etario de los menores de 18 años mostró un 57,1% (32) con el método no violento versus un 42,9% (24) con el método violento. El grupo de edad de los 18 a 35 años tuvo un 64,6% (286) con el método no agresivo y un 35,4% (157) utilizando en método violento. El grupo etario de los 36 a 45 años tuvo un 71,8% (257) de casos con método suave en contraposición con el método agresivo que suma un 28,2% (108). En la agrupación de edades desde los 46 a 65 años el método no violento arrojó un 66,8% (203) y el violento un 33,2% (101). En la banda de los 66 a 80 años se igualan los dos métodos con un 50% en ambos métodos (41) y en el grupo de mayores de 80 años el método violento tuvo un 83,3 % (30) que el suave un 16,7% (6).

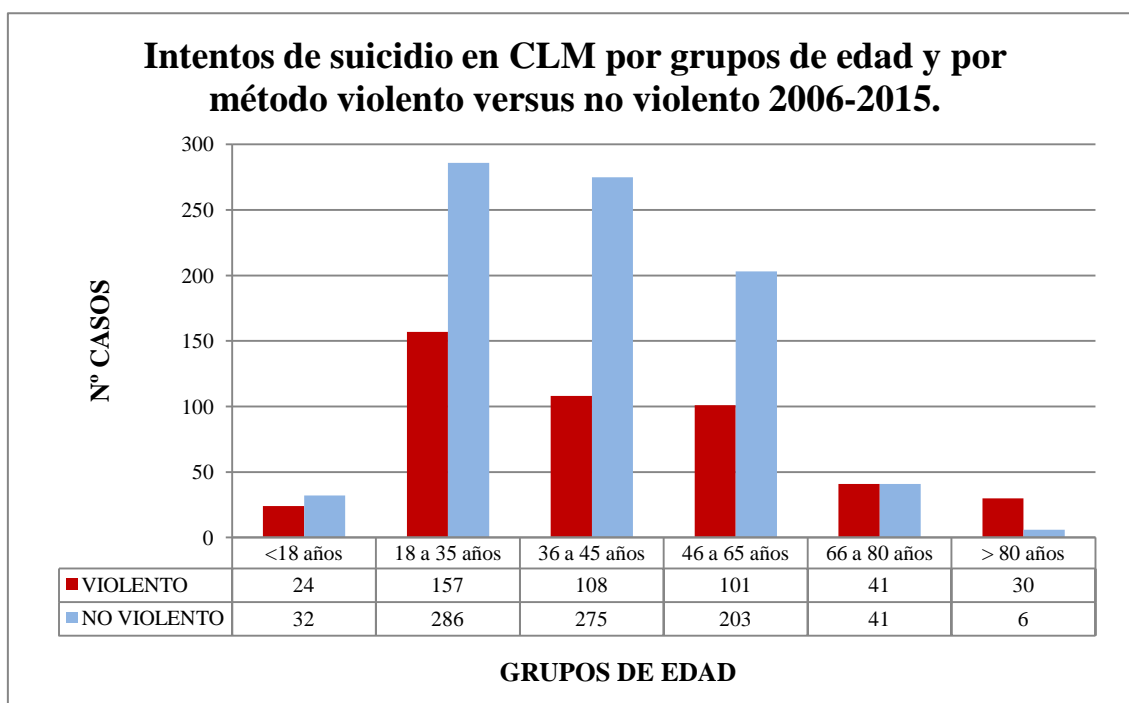


Figura 25. Número de intentos de suicidio en CLM durante periodo estudio 2006-2015 por grupos de edad y por métodos violento versus no violento,  $p < 0,001$ . Elaboración propia.

Si observamos el comportamiento de los grupos etarios con los métodos violento versus no violento por cada año de la serie (Tabla 31) se reparo que el grupo de edad de los 18 a los 35 años es el mayoritario anualmente en número de casos de intentos autolíticos con método violento con excepción de los años 2012 y 2013. El grupo de edad de los 36 a 45 años de edades el que tiene mayor número de casos por método no violento en los años 2007, 2008, 2012, 2014 y 2015 y con método violento en el año 2012. El grupo de 46 a 65 años tiene el mayor número de incidentes por método violento en el año 2013 y con método no violento en el 2014. Los mayores de 80 años tienen cifras superiores en el método violento en todos los años de la serie menos en el 2013 donde se igualan con dos casos a los que usaron el método suave. El grupo de los 66 a 80 años también utilizaron más los métodos agresivos en los años 2006, 2010, 2011, 2012 y 2014. En el grupo de los menores de 18 años en método violento es mayoritario en casos solamente en los años 2010 y 2014.

Tabla 31. Número de intentos de suicidio en CLM por métodos violento versus no violento y por grupos de edad durante los años de periodo estudio 2006-2015,  $p < 0,05$ . Elaboración propia.

AÑO	MÉTODO INTENTO DE SUICIDIO		EDAD					
			<18	Entre 18 y 35	Entre 36 y 45	Entre 46 y 65	Entre 66 y 80	> 80
2006	Violentos	Recuento	2	14	7	9	5	3
		% del total	0,02	0,13	0,07	0,09	0,05	0,03
	No violentos	Recuento	4	25	19	15	0	1
		% del total	0,04	0,24	0,18	0,14	0,00	0,01
2007	Violentos	Recuento	0	18	10	7	5	1
		% del total	0,00	0,13	0,07	0,05	0,04	0,01
	No violentos	Recuento	3	36	41	12	7	0
		% del total	0,02	0,26	0,29	0,09	0,05	0,00
2008	Violentos	Recuento	3	13	7	11	4	6
		% del total	0,02	0,11	0,06	0,09	0,03	0,05
	No violentos	Recuento	4	25	27	18	5	0
		% del total	0,03	0,20	0,22	0,15	0,04	0,00
2009	Violentos	Recuento	1	12	8	9	3	4
		% del total	0,01	0,11	0,08	0,09	0,03	0,04
	No violentos	Recuento	4	27	17	13	7	0
		% del total	0,04	0,26	0,16	0,12	0,07	0,00

<b>2010</b>	<b>Violentos</b>	Recuento	4	21	9	5	4	1
		% del total	0,04	0,19	0,08	0,04	0,04	0,01
	<b>No violentos</b>	Recuento	2	24	19	21	2	0
		% del total	0,02	0,21	0,17	0,19	0,02	0,00
<b>2011</b>	<b>Violentos</b>	Recuento	2	19	10	9	6	2
		% del total	0,02	0,15	0,08	0,07	0,05	0,02
	<b>No violentos</b>	Recuento	2	29	26	18	2	0
		% del total	0,02	0,23	0,21	0,14	0,02	0,00
<b>2012</b>	<b>Violentos</b>	Recuento	2	12	19	14	4	6
		% del total	0,01	0,09	0,14	0,10	0,03	0,04
	<b>No violentos</b>	Recuento	3	27	30	19	2	2
		% del total	0,02	0,19	0,21	0,14	0,01	0,01
<b>2013</b>	<b>Violentos</b>	Recuento	4	14	17	18	4	2
		% del total	0,02	0,09	0,10	0,11	0,02	0,01
	<b>No violentos</b>	Recuento	5	35	28	27	6	2
		% del total	0,03	0,22	0,17	0,17	0,04	0,01
<b>2014</b>	<b>Violentos</b>	Recuento	3	20	11	8	5	2
		% del total	0,02	0,13	0,07	0,05	0,03	0,01
	<b>No violentos</b>	Recuento	2	31	31	31	4	1
		% del total	0,01	0,21	0,21	0,21	0,03	0,01
<b>2015</b>	<b>Violentos</b>	Recuento	3	14	10	11	1	3
		% del total	0,02	0,10	0,07	0,08	0,01	0,02
	<b>No violentos</b>	Recuento	3	27	37	29	6	0
		% del total	0,02	0,19	0,26	0,20	0,04	0,00

En lo tocante al método de intento de suicidio clasificado en violentos y no violentos junto con las bandas horarias de mañana, tarde y noche (Tabla 32), se observó que en los tres turnos el método suave o no violento estuvo siempre por encima del 64% de los incidentes mientras que el violento se situó en torno a un 35%.

Tabla 32. Número de intentos de suicidio en CLM durante periodo estudio 2006-2015, por métodos violento versus no violento y por turnos horarios,  $p < 0,966$ . Elaboración propia.

<b>TURNOS</b>	<b>MÉTODO INTENTO DE SUICIDIO</b>			
	<b>VIOLENTOS</b>		<b>NO VIOLENTOS</b>	
	Nº Casos	Porcentaje	Nº Casos	Porcentaje
<b>NOCHE</b>	77	35,3%	141	64,7%
<b>MAÑANA</b>	177	35,8%	317	64,2%
<b>TARDE</b>	209	35,1%	387	64,9%

Al analizar la posible relación entre la edad y el sexo con los factores sociodemográficos además de los de temporalidad asociados a los intentos de suicidio no se han encontrado relaciones significativas, aunque con un propósito puramente práctico se puede decir que el perfil de la persona que realiza un intento suicida en Castilla-La Mancha en el periodo de estudio 2006-2015 sería el de una mujer con una edad comprendida entre los 18 y los 45 años, que realiza el intento autolítico con un método suave o no violento (sobredosis de fármacos), en un escenario urbano, durante el verano o la primavera, preferentemente en las provincias de Toledo o Albacete.

También con una finalidad estrictamente práctica teniendo en cuenta el sexo masculino y femenino se puede decir que:

- a) El perfil de la mujer que comente un intento suicida en Castilla-La Mancha sería el de una persona con una edad comprendida entre los 18 y los 45 años, que realiza el intento autolítico con un método suave o no violento (sobredosis de fármacos).
- b) El perfil específico del hombre que realiza un intento de suicidio utilizando un método violento en CLM, sería el de un varón joven entre los 18 y los 35 años de edad que utiliza como procedimiento agresivo de autolesión un arma blanca (cuchillo, navaja, punzón), el ahorcamiento o el salto desde una altura o precipitación, justamente en ese orden.

#### **4.6. TASAS ESTANDARIZADAS POR 100.000 HABITANTES DE INTENTOS DE SUICIDIO.**

La tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM en el total de los diez años del estudio (2006-2015) fue de 6,6 para el total de la población, de 7,3 para las mujeres y de 5,8 para los hombres.

Al observar la tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM en cada año del periodo de estudio (Figura 26), se constató que a partir del año 2009 (5,42) se produjo un ascenso en la tasa estandarizada que culmina en 2013 (8,26) para posteriormente estabilizarse con una bajada durante 2014 (7,65) y 2015 (7,52). Se obtuvo un repunte en la tasa estandarizada por 100.000 habitantes en el año 2007 (7,56), en contraposición con el año 2006 (5,77) y posteriormente el año 2008 (6,45) (6,54) y el 2010 (5,74) fueron los que tuvieron las tasas más bajas.

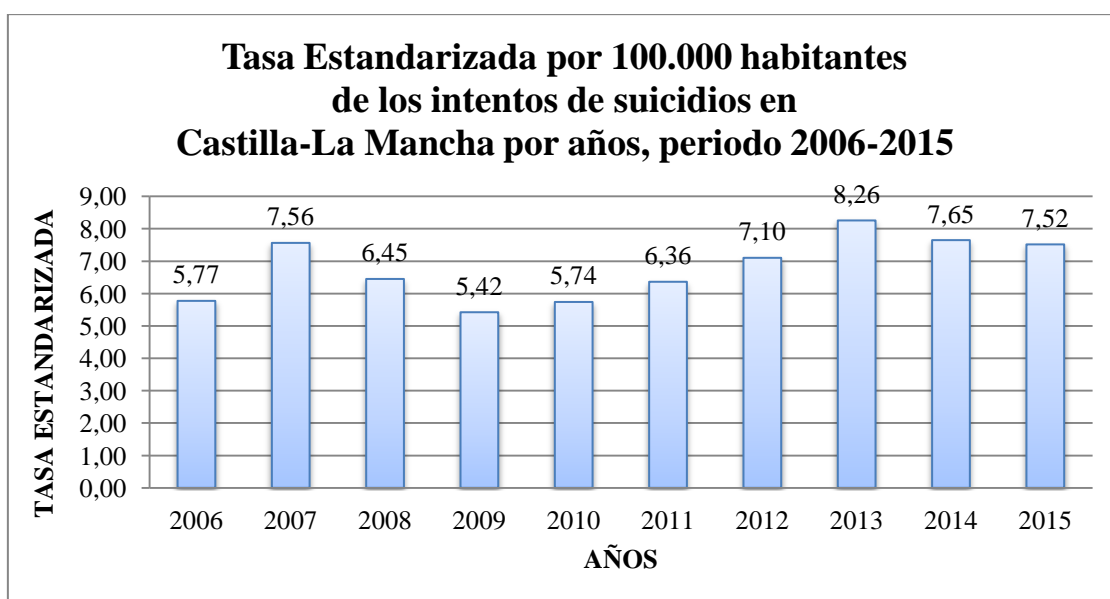


Figura 26. Tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio durante el periodo 2006-2015 en CLM,  $p < 0,01$ . Elaboración propia.

Atendiendo a la distribución de tasas estandarizadas por 100.000 habitantes por sexo y años en CLM (Figura 27) se mostro que las tasas de intento de suicidio son superiores en las mujeres que en hombres en todos los años de la serie exceptuando el año 2010 dónde los valores entre sexos se invierten superando en este caso los hombres con una tasas de 5,65 a las mujeres con una tasa de 5,21. Las tasas máximas en las mujeres se dan en los años 2007 (9,34) y 2014 (9,429), las mínimas en los años 2009



(5,77) y 2010 (5,65). Las tasas masculinas oscilan entre un mínimos de 4,76 en el año 2009 a un máximo de 6,83 en el año 2014.

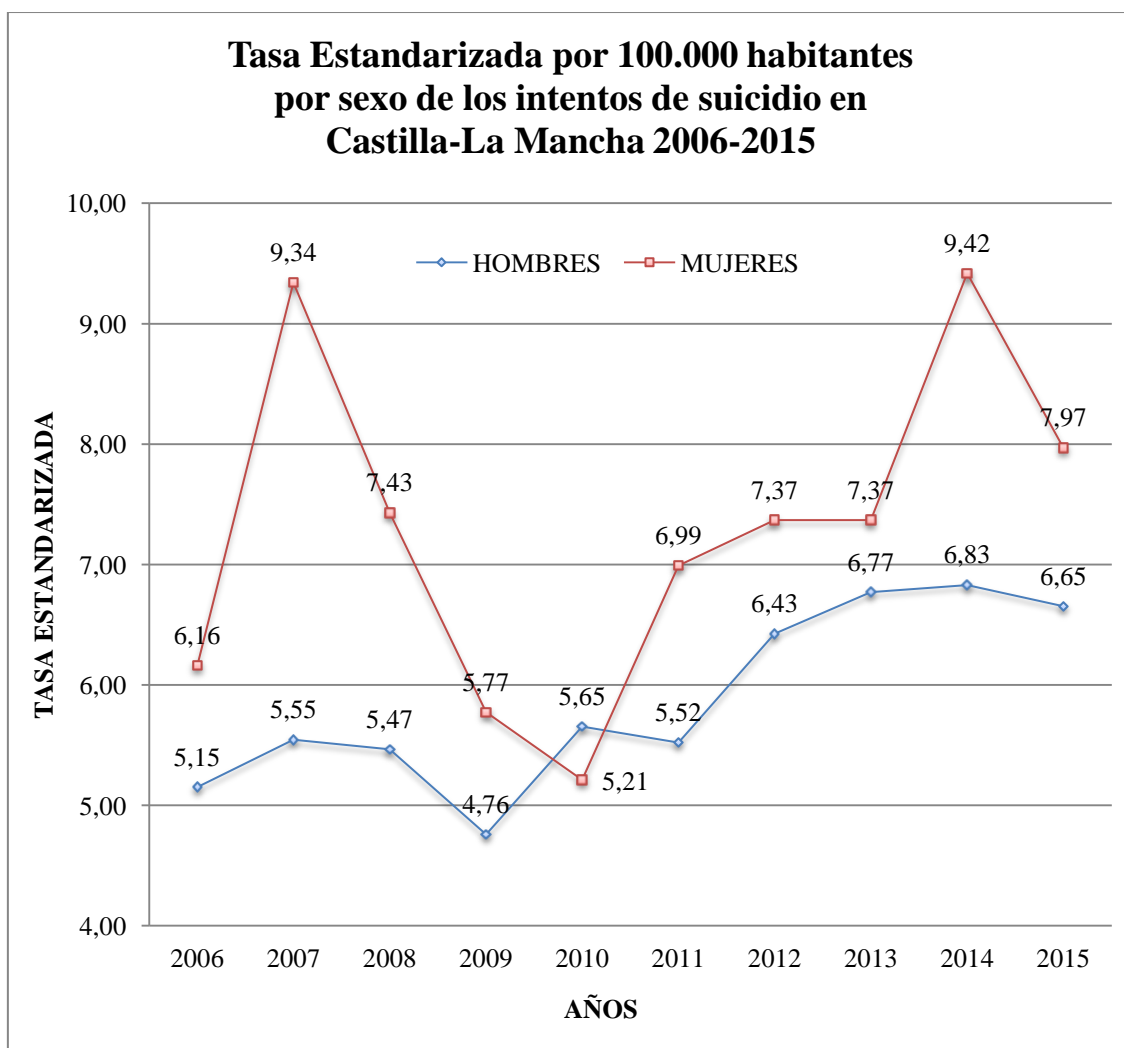


Figura 27. Tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio por sexo y años durante el periodo 2006-2015 en CLM,  $p < 0,01$ . Elaboración propia.

En cuanto a las tasas estandarizadas por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio por grupos de edad en CLM de 2006 a 2015 (Figura 28), se observó que el grupo de edad de de los 36 a 45 años fue el que tuvo las tasas estándar más elevadas exceptuando el año 2009, seguidos por el de los 18 a 35 años y por el de 46 a 65 años. Cabe señalar repuntes en la tasa estándar en el grupo de  $>80$  años en los años 2008 (6,4) y 2012 (7,1).

### Tasa estándar de intentos de suicidio por años y grupos de edad en CLM 2006-2015

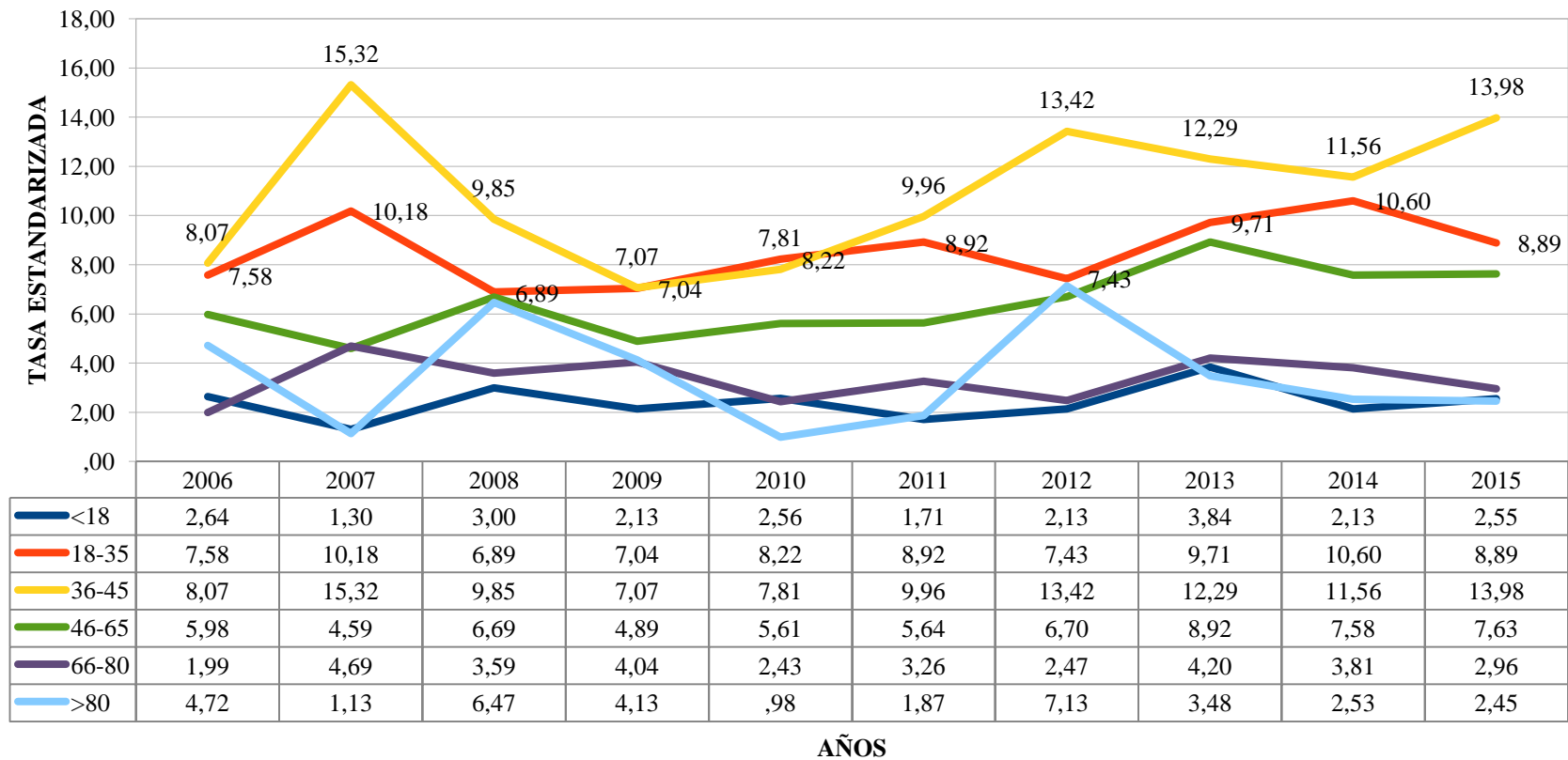


Figura 28. Tasa estándar de intentos de suicidio en Castilla-La Mancha por años y edad en el periodo 2006-2015,  $p < 0,311$ . Elaboración propia.

La tasa estándar por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM por año, provincia y sexo (Tabla 33), muestra que tan solo en la provincia de Toledo la tasa en las mujeres superó a la de los hombres en todos los años del periodo de estudio. En la provincia de Albacete los varones presentaron una tasa estándar en el año 2010 de 9,75 y en 2015 de 7,07 mientras que las en las mujeres fueron de 4,46 en el año 2010 y de 4,30 en el año 2015. En la provincia de Ciudad Real en los años 2007, 2010, 2012 y 2014 los hombres tuvieron tasas estándar de 9,10, 4,92, 5,81 y 5,71 respectivamente mientras que en las féminas fueron de 7,91, 3,64, 5,50 y 4,60 en los mismos años. En Cuenca las cifras de las tasas estándar por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio de los hombres fueron en 2006 (10,81), 2009 (3,78), 2012 (7,32) y 2014 (6,51) mientras que las de las mujeres fueron en 2006 (4,42), 2009 (2,96), 2012 (6,31) y 2014 (6,32). Por último, en la provincia de Guadalajara se observó que las tasas estándar de los varones fueron en 2006 (2,87), 2007 (2,74) y 2009 (2,74) mientras que en las mujeres en esos mismos años fueron; 2006 (1,90), 2007 (1,89) y 2009 (2,57).

Tabla 33. Tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los casos de intento de suicidio por año, sexo y provincias en Castilla-La Mancha durante el periodo de años 2006-2015 y total de la década,  $p<0,01$ .  
Elaboración propia.

Año	Sexo	PROVINCIA				
		AB	CR	CU	GU	TO
2006	Hombre	3,91	4,84	10,81	2,87	5,32
	Mujer	6,10	6,51	4,42	1,91	7,57
2007	Hombre	3,31	9,10	1,04	2,75	6,72
	Mujer	9,98	7,91	11,84	1,89	11,69
2008	Hombre	5,48	4,16	7,28	1,85	7,39
	Mujer	5,53	5,78	13,16	6,74	8,52
2009	Hombre	2,18	4,14	3,79	6,45	6,55
	Mujer	8,75	4,53	2,97	2,57	6,61
2010	Hombre	9,76	4,92	4,18	1,78	5,81
	Mujer	4,46	3,64	4,61	1,63	8,06
2011	Hombre	8,13	4,21	2,10	2,65	7,24
	Mujer	10,52	6,34	3,72	3,46	7,84
2012	Hombre	8,62	5,82	7,33	4,33	6,12
	Mujer	10,86	5,50	6,31	9,38	6,25
2013	Hombre	6,01	6,20	7,19	8,88	6,65
	Mujer	9,59	6,64	8,64	10,22	11,10
2014	Hombre	7,13	5,72	6,51	9,61	6,42
	Mujer	8,11	4,61	6,32	11,88	9,43
2015	Hombre	7,08	4,19	7,34	8,05	7,35
	Mujer	4,30	4,51	6,61	11,90	11,28
Total	Hombre	6,160	5,329	5,758	4,922	6,558
2006-2015	Mujer	7,820	5,598	6,862	6,159	8,836

Si se estudia la tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM por sexo y provincias en el periodo 2006-2015 (Figura 29), se advirtió que en todas las provincias de CLM se produjeron números más abultados en las tasas de las mujeres que en las de los hombres. Las tasas en la provincia de Ciudad Real fueron cercanas, con un 5,60 para las mujeres y un 5,33 para los hombres, es decir una diferencia de 0,27 puntos. En Toledo las tasas fueron de 8,84 para las mujeres y de 6,56 para los hombres, es decir, se advirtió la máxima discrepancias con una diferencia de 2,28 puntos. En cambio en las provincias de Albacete, Cuenca y Guadalajara las diferencias entre las tasas de las féminas y varones fueron menores y respectivamente de 1,66, 1,1 y 1,24 puntos.

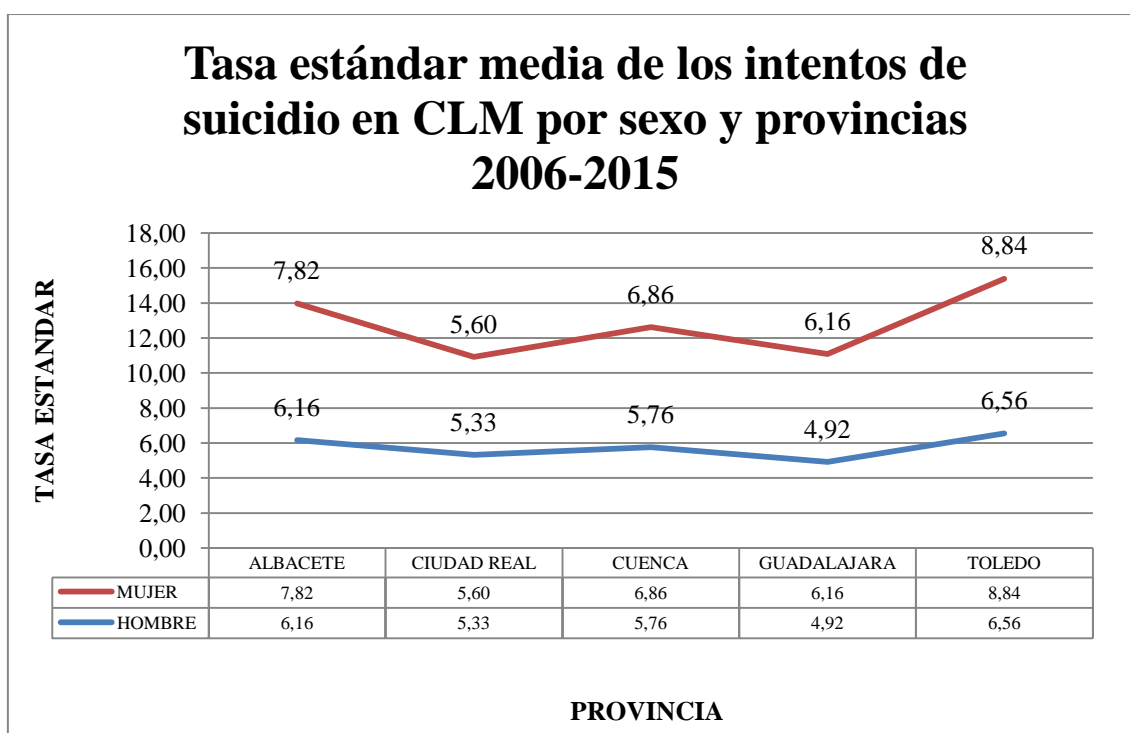


Figura 29. Tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM por sexo y provincias en el periodo 2006-2015,  $p < 0,01$ . Elaboración propia.

#### **4.7. MODELO DE POISSON**

Aplicando un modelo de Poisson para analizar el posible efecto de la crisis en la tasa estandarizada de los intentos de suicidio atendidos por la GUETS del SESCOAM por año, sexo y provincias castellano manchegas (Tabla 34) se obtuvo que la razón de tasas estandarizadas en las mujeres fué de 1,23 veces más de intento de suicidio que en los hombres, es decir un 23% más. La razón de tasas estandarizadas en el desarrollo anual fué de 1,04 veces más intentos de suicidio al incrementarse un año, es decir un 4% más.

La razón de tasas estandarizadas por años tomando como referencia al año 2006 se destaco en los años; 2007 (razón de tasas estandarizadas de 1,22), 2008 (razón de tasas estandarizadas de 1,21), 2011 (razón de tasas estandarizadas de 1,04), 2012 (razón de tasas estandarizadas de 1,30), 2013 el más alto de la serie (razón de tasas estandarizadas de 1,49), 2014 (razón de tasas estandarizadas de 1,40) y 2015 (razón de tasas estandarizadas de 1,34).

La razón de tasas estandarizadas por provincias de CLM tomando como referencia a la provincia de Albacete enfatizo a la provincia de Toledo con una razón de tasas estandarizadas de 1,10, tuvo un 10% más de intentos de suicidios que la provincia de Albacete. Las demás provincias estuvieron por debajo, Ciudad Real (0,78) y Guadalajara (0,79) ligeramente inferiores al 80% y Cuenca en el 90% de las tasas de intentos de suicidio de Albacete.

Tabla 34. Modelo de Poisson del efecto de la crisis en la tasa estandarizada por edad, sexo y provincias de CLM de los intentos de suicidio atendidos por la GUETS del SESCAM 2006-2015.

	Razón de tasas estandarizadas	EE	p - valor	IC95%	
Sexo (Mujer/Hombre)	1,23	0,04	0,000	1,15	1,31
Año (incremento de un año)	1,04	0,01	0,000	1,02	1,05

Sexo	1,23	0,04	0,00	1,16	1,30
Año					
2006	Referencia = 1				
2007	1,22	0,11	0,030	1,02	1,46
2008	1,21	0,09	0,013	1,04	1,41
2009	0,89	0,07	0,164	0,76	1,05
2010	0,90	0,08	0,239	0,76	1,07
2011	1,04	0,09	0,676	0,88	1,22
2012	1,30	0,09	0,000	1,14	1,48
2013	1,49	0,09	0,000	1,32	1,69
2014	1,40	0,10	0,000	1,22	1,60
2015	1,34	0,10	0,000	1,16	1,55
Provincia					
Albacete	Referencia = 1				
Ciudad Real	0,78	0,03	0,000	0,72	0,85
Cuenca	0,90	0,05	0,045	0,82	1,00
Guadalajara	0,79	0,05	0,000	0,71	0,89
Toledo	1,10	0,04	0,007	1,03	1,18

#### 4.8. ECONOMIA

La economía como uno de los factores promotores de los intentos de suicidio<sup>42</sup> y de la conducta suicida se ha estudiado con más ímpetu desde el comienzo de la última crisis económica a finales del año 2008. Los indicadores económicos que se trabajaron en este estudio como factores explicativos que pueden influir en el intento de suicidio en CLM fueron el Coeficiente de Gini<sup>49</sup>, el PIB, el PIB *per capita*<sup>48</sup>, las tasas de paro, el gasto medio por hogar, el gasto medio por persona, el gasto medio por unidad de consumo, la tasa de riesgo de pobreza "indicador AROPE", la tasa de hogares con dificultades para llegar a fin de mes<sup>59</sup> y la tasa de riesgo de pobreza.

- El coeficiente de Gini es una medida que se utiliza para calcular la desigualdad<sup>49</sup>,<sup>50</sup> en los ingresos o la desigualdad en la riqueza en un país o región. El coeficiente de Gini como se explicó anteriormente es un número entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad y donde el valor 1 se corresponde con la perfecta desigualdad. El índice de Gini es el coeficiente de Gini multiplicado por 100 (valor de 0 a 100).

Si se tiene en cuenta el índice de Gini de España del periodo de estudio 2006-2015 (Figura 30) y la tasa media estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM por años se encontró un coeficiente de correlación de Pearson de 0,189 que indicaba que a mayor índice de GINI, es decir a mayor desigualdad en la repartición de la riqueza entre los habitantes mayor era la tasa de intentos de suicidio en CLM (Tabla 35).



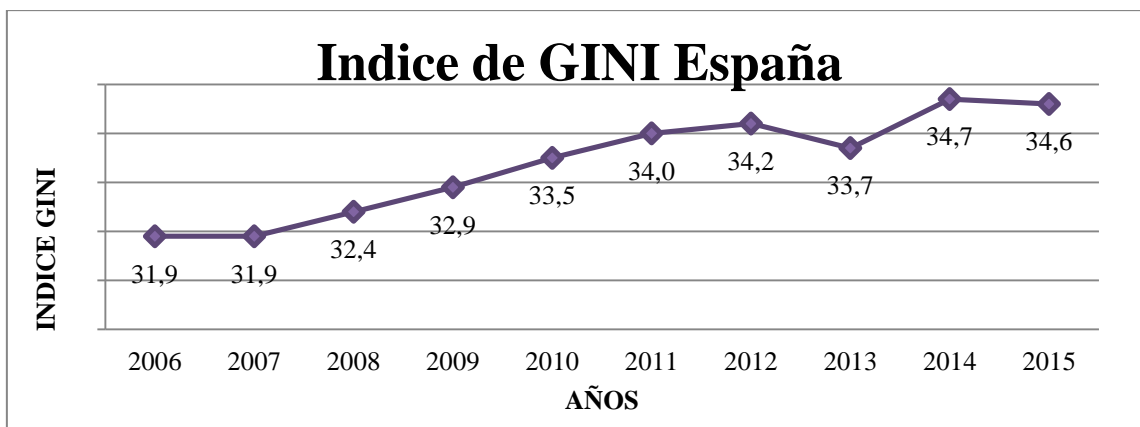


Figura 30. Índice de GINI (0-100) de España durante el periodo de estudio 2006-2015, datos INE. Elaboración propia.

- El Producto Interior Bruto Nacional o de Castilla-La Mancha es el valor de mercado de todos los bienes y servicios finales producidos durante un determinado periodo de tiempo (generalmente año). Analizando la correlación entre el PIB en CLM del periodo de estudio (Figura 31) y la tasa media estandarizada de los intentos de suicidio en CLM por años encontramos un coeficiente de correlación de Pearson -0,156, lo que significa que la relación es indirecta y se puede decir por lo tanto que a menor PIB en CLM aumentaron las tasas de suicidio entre los castellanos manchegos durante el periodo de estudio 2006-2015 (Tabla 35).

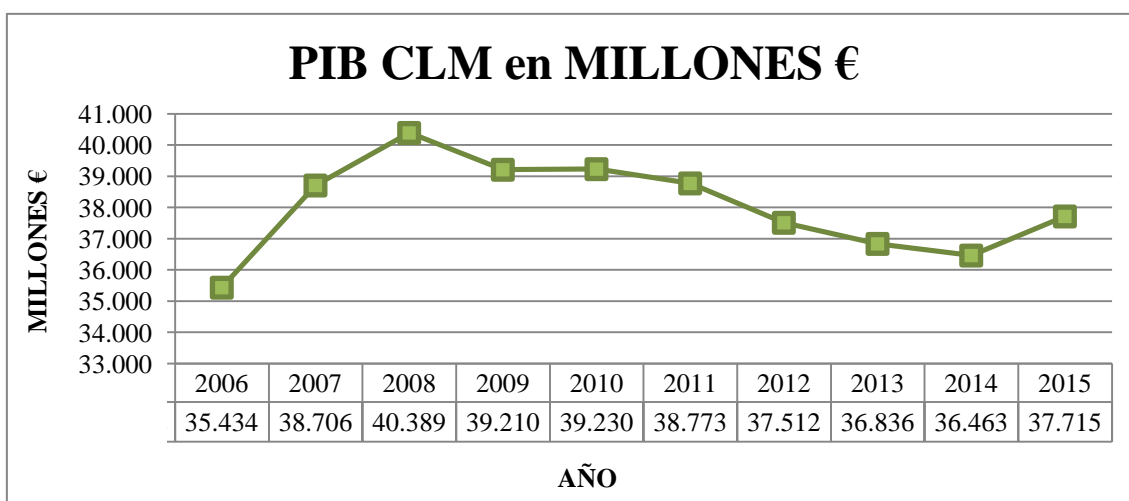


Figura 31. PIB de CLM durante el periodo de estudio 2006-2015, datos INE. Elaboración propia.

- El PIB per cápita de España o de CLM es la relación que hay entre el PIB Nacional o de CLM y la cuantía de sus habitantes, se calcula por tanto dividiendo el PIB de un país o de una CCAA por su población respectiva dando así un resultado por persona o habitante. Al estudiar la correlación en el periodo de estudio entre el PIB *per Cápita* en España (Figura 32), el PIB *per Cápita* en CLM (Figura 33) y la tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM (Figura 34), se encontró un coeficiente de correlación de Pearson de; -0,091 en España, -0,204 en CLM, con  $p < 0,005$  (Tabla 21). La relación en ambos casos es negativa o indirecta por lo que se puede decir que a menor PIB *per Cápita* en España y en CLM mayores fueron las tasas de suicidio en los castellanos manchegos en el periodo de estudio 2006-2015 (Tabla 35).

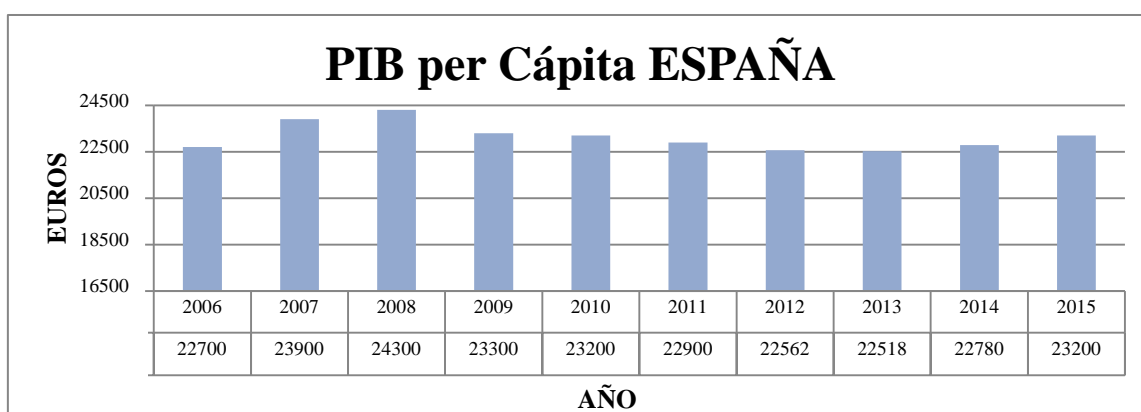


Figura 32. PIB *per Cápita* en España durante el periodo de estudio 2006-2015, datos INE. Elaboración propia.

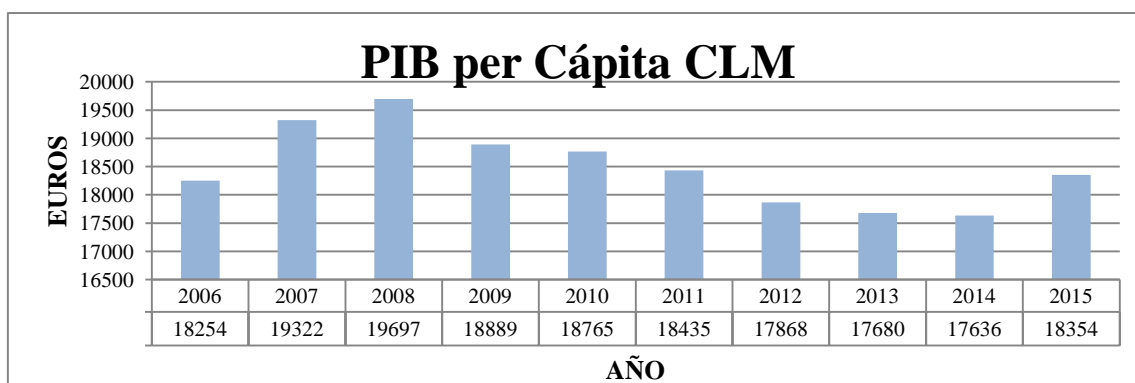


Figura 33. PIB *per Cápita* en Castilla-La Mancha durante el periodo de estudio 2006-2015, datos INE. Elaboración propia.

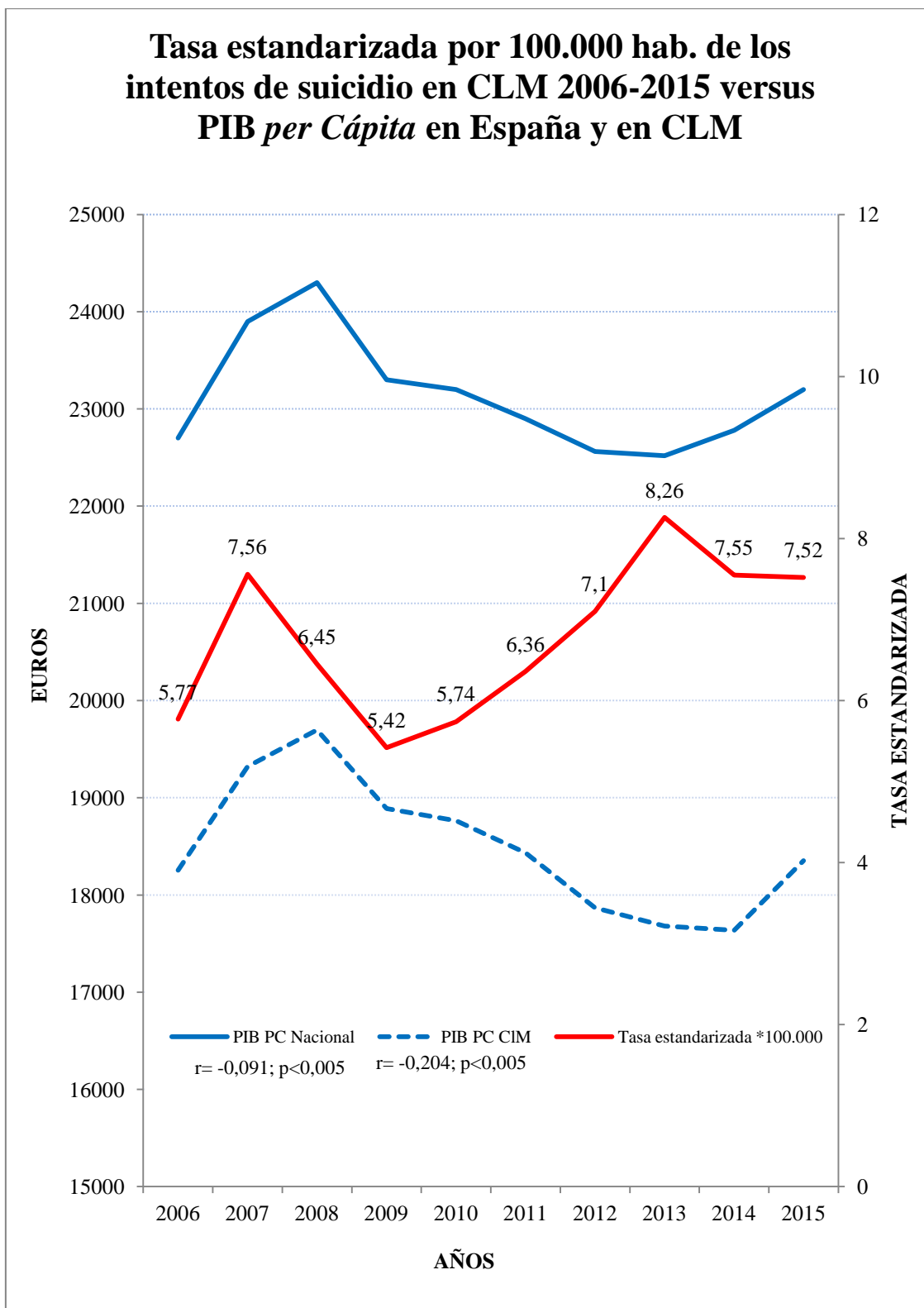


Figura 34. Tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en Castilla-La Mancha durante el periodo de estudio 2006-2015 en comparación con el PIB *per Cápita* de España y de CLM (datos INE). Elaboración propia.

- La tasa de paro o tasa de desempleo es el porcentaje de personas en edad laboral (>16 años) con la intención de trabajar que no tienen un empleo en un país (España por ejemplo), o en una región como una CCAA (CLM por ejemplo), ciudad, población, etcétera. Es el cociente entre la población desocupada entre la población activa (suma de la población ocupada y población desocupada) multiplicado por 100 para obtener un porcentaje. La población activa se define como todas las personas de 16 años o más que están trabajando o están dispuestas y en condiciones de poder trabajar. Observando la correlación entre las tasa de paro en CLM, en España (Figura 35) y las tasas medias estandarizadas de los intentos de suicidio en CLM durante los años de la serie 2006-2015 se obtuvo una Correlación de Pearson de 0.265 (tasa de paro de CLM) y una Correlación de Pearson 0.220 (tasa de paro de España) lo que significaba que en ambos casos si la tasa de paro aumentaba en CLM o en España la tasa de media estandarizada de los intentos de suicidio también aumentaba (Tabla 35).

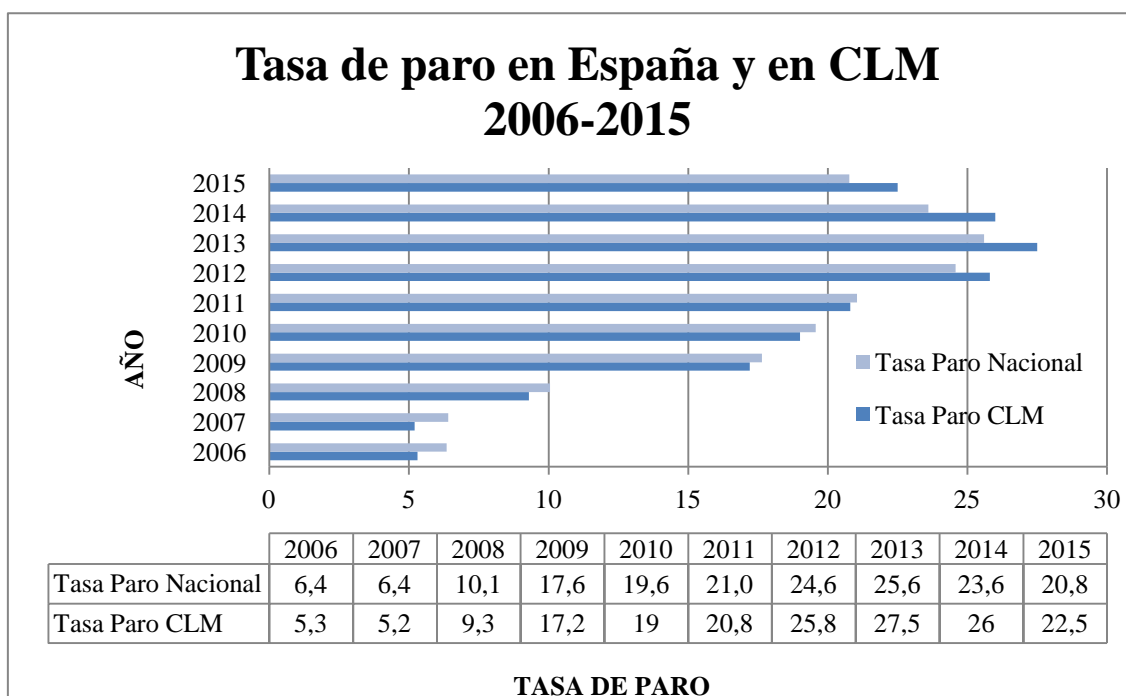


Figura 35. Tasa de paro en CLM y en España durante el periodo de estudio 2006-2015, datos INE.

Elaboración propia.

- La situación de dificultad económica de los hogares para llegar a final de mes cuando se realizó la encuesta en primavera de 2015, indicó que el 13,7% de los hogares españoles llega a fin de mes con “muchísima dificultad”. Por otra parte, el 39,4% de los hogares no tenía capacidad para afrontar gastos imprevistos. El 40,6% de los hogares no se podía permitir ir de vacaciones fuera de casa al menos una semana al año. El 9,4% de los hogares tenía retrasos en los pagos a la hora de abonar gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, electricidad, comunidad, etc.) en los 12 meses anteriores al de la entrevista.

Son hogares con dificultad para llegar a final de mes los que están en riesgo de pobreza, los hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (los miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año anterior a la entrevista), y aquellos hogares donde existe carencia de al menos cuatro conceptos de los nueve de la lista siguiente; 1. No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año. 2. No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días. 3. No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada. 4. No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos (650 euros). 5. Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses. 6. No puede permitirse disponer de un automóvil. 7. No puede permitirse disponer de teléfono. 8. No puede permitirse disponer de un televisor. 9. No puede permitirse disponer de una lavadora.

Entonces si tenemos en cuenta la dificultad para llegar a final de mes en los hogares a nivel nacional esto es en España (Figura 36) con respecto a la tasa estandarizada de intentos de suicidio en CLM 2006-2015 la correlación de Pearson para los hogares con *muchísima dificultad* y con *dificultad* para llegar a fin de mes fue de 0.187

y de 0,290 mínima y baja respectivamente y significativas al nivel 0.05 bilateral (Tabla 35). En otras palabras, a mayor número de hogares con dificultad y mucha dificultad en el aspecto económico para finalizar el mes en España mayor tasa estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM. No ocurre lo mismo con los hogares con cierta dificultad para llegar a final de mes.

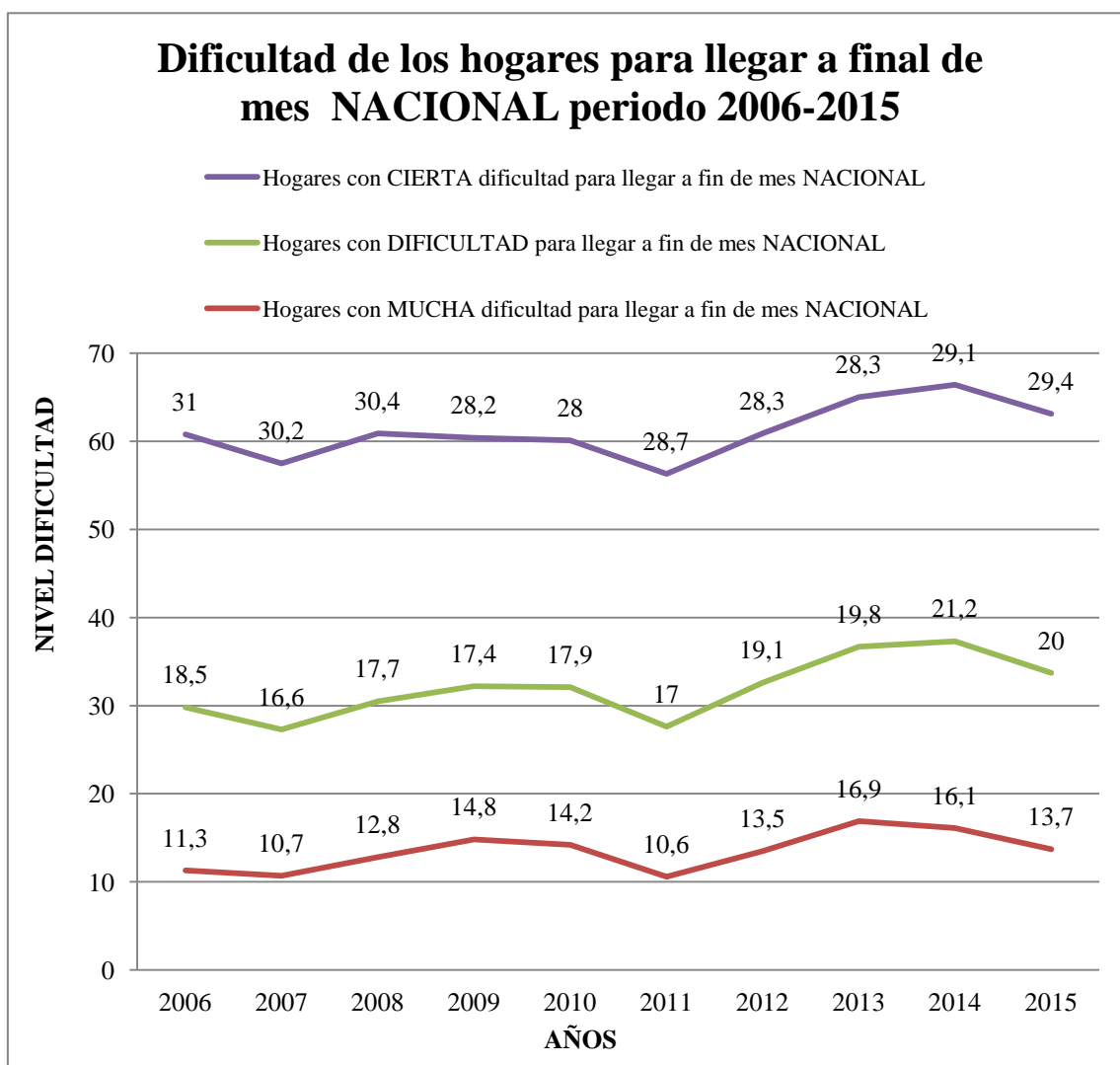


Figura 36. Nivel de dificultad en los hogares para llegar a final de mes a nivel NACIONAL (España) durante el periodo de estudio, 2006-2015, datos INE. Elaboración propia.

- La dificultad económica de los hogares para llegar a final de mes en CLM se define de igual forma que a nivel nacional pero con los datos de la CCAA. Al entrelazar

esa dificultad para llegar a final de mes en los hogares de CLM (Figura 37) con respecto a la tasa estandarizada de intentos de suicidio en CLM 2006-2015, la Correlación de Pearson para los hogares con *muchoa dificultad* y *dificultad* para llegar a fin de mes fue de 0.161 y 0,157 (Tabla 21), dicho con otros términos, a mayor número de hogares con mucha dificultad y dificultad en el aspecto económico para finalizar el mes en CLM, mayor fue la tasa estandarizada de intentos de suicidio de los castellanos manchegos. Esta tendencia no fue significativa con los hogares con cierta dificultad (0,009).

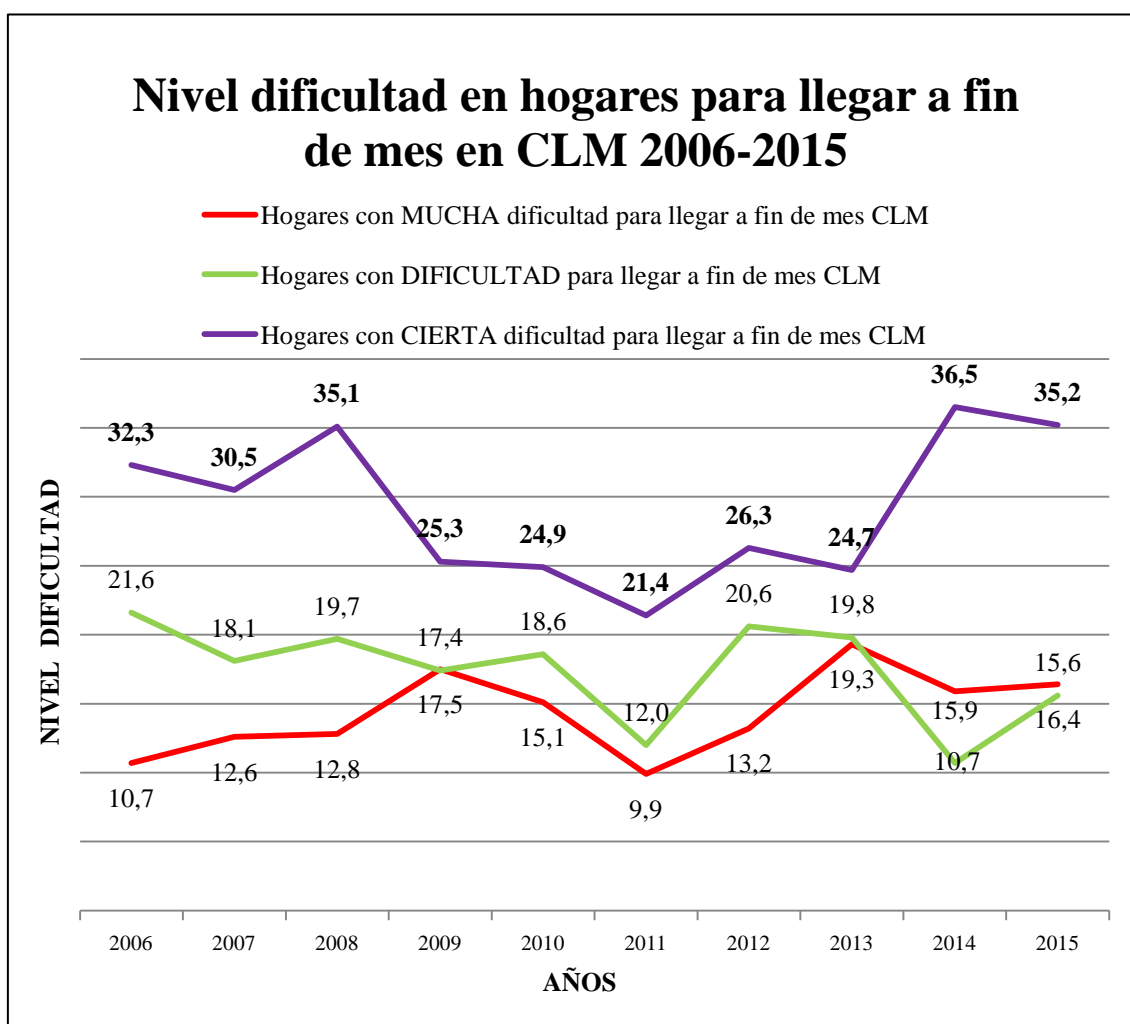


Figura 37. Nivel de dificultad en los hogares para llegar a final de mes en CLM durante el periodo de estudio, 2006-2015, datos INE. Elaboración propia.

- El gasto medio por hogar se define como el dinero desembolsado por los domicilios en bienes y servicios que se utilizan para satisfacer las necesidades o carencias de los miembros de dicho hogar. Al analizar la correlación del gasto medio por hogar en CLM durante el periodo de estudio, 2006-2015 (Figura 38) con respecto a las tasas estandarizadas de intentos de suicidio en CLM en el mismo periodo anual la correlación de Pearson fue de -0,235, por lo tanto se puede decir que cuanto menor es el gasto medio por hogar castellano manchego en la cobertura de necesidades y carencias de sus miembros mayor es la tasa estandarizada de intentos de suicidio en CLM (Tabla 35).

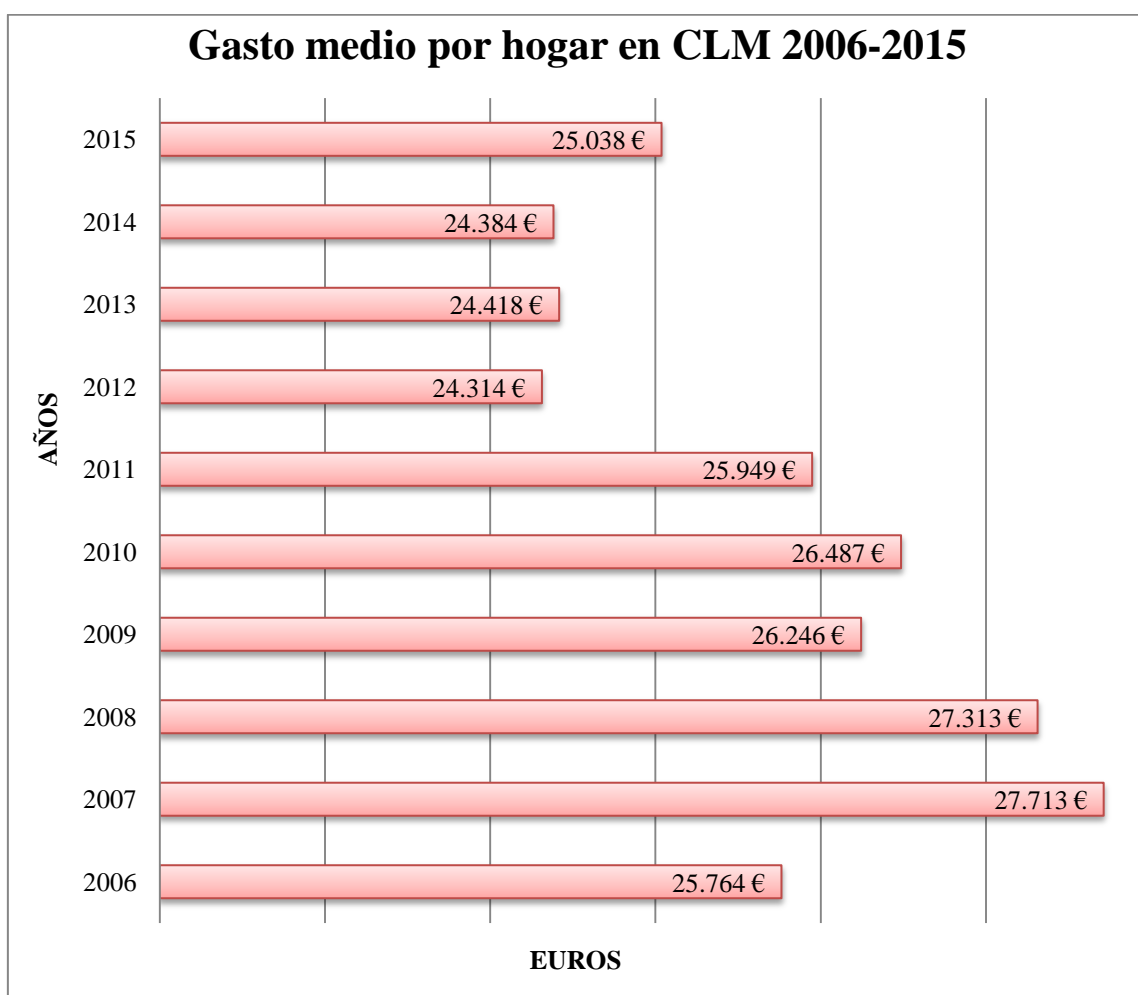


Figura 38. Gasto medio por hogar en CLM durante el periodo de estudio, 2006-2015, datos INE.

Elaboración propia.



- El gasto medio por persona se define como el dinero consumido por un individuo en bienes y servicios de consumo adquiridos mediante compras monetarias directas, la producción por cuenta propia, el trueque o como ingreso en especie para la satisfacción de las necesidades y deseos de esa persona. Al obtener la correlación de Pearson entre tasa estándar de intentos de suicidio en CLM y el gasto medio por castellano manchego (Figura 39) durante el periodo de estudio, 2006-2015 se observó que fue del -0.145, al ser una correlación inversa por lo que se puede decir que cuanto mayor fue el gasto medio de un castellanomanchego menor es la tasa estandarizada de intentos de suicidio en CLM (Tabla 35).

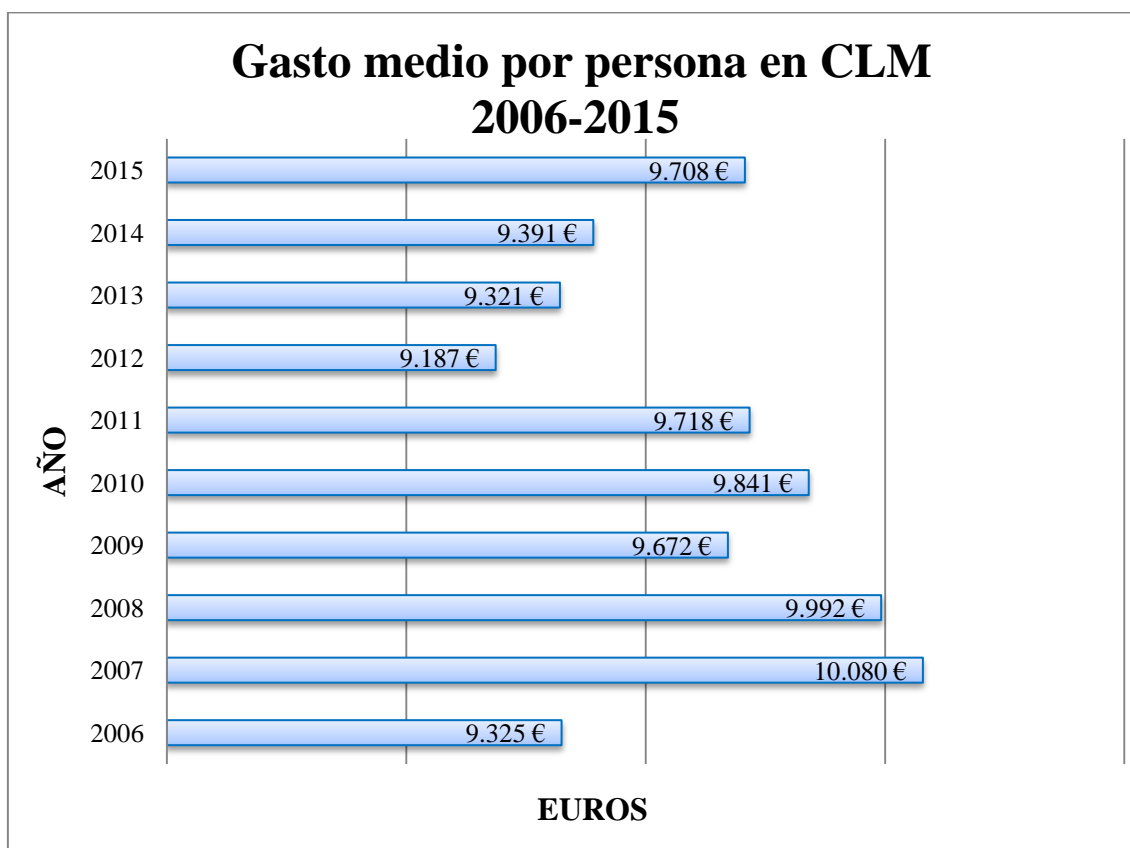


Figura 39. Gasto medio por persona en CLM durante el periodo de estudio, 2006-2015, datos INE.

Elaboración propia.

- El Gasto Medio por Unidad de Consumo (o por persona equivalente) es un indicador económico que se estima a través del cociente entre el gasto total y una

estimación del número de unidades de consumo. Las unidades de consumo se calculan utilizando la escala de la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico, a partir de ahora OCDE que asigna el valor 1 para el primer adulto, 0,7 para cada adulto adicional y 0,5 para cada niño menor de 14 años de edad. Al tener en cuenta la correlación de Pearson entre tasa estándar de intentos de suicidio y el Gasto medio por Unidad de Consumo en CLM (Figura 40) se advirtió que su valor era del -0,184 es por tanto una relación inversa que indicaba que a mayor Gasto Medio por Unidad de Consumo menor era la tasa de intentos de suicidio en CLM (Tabla 35).

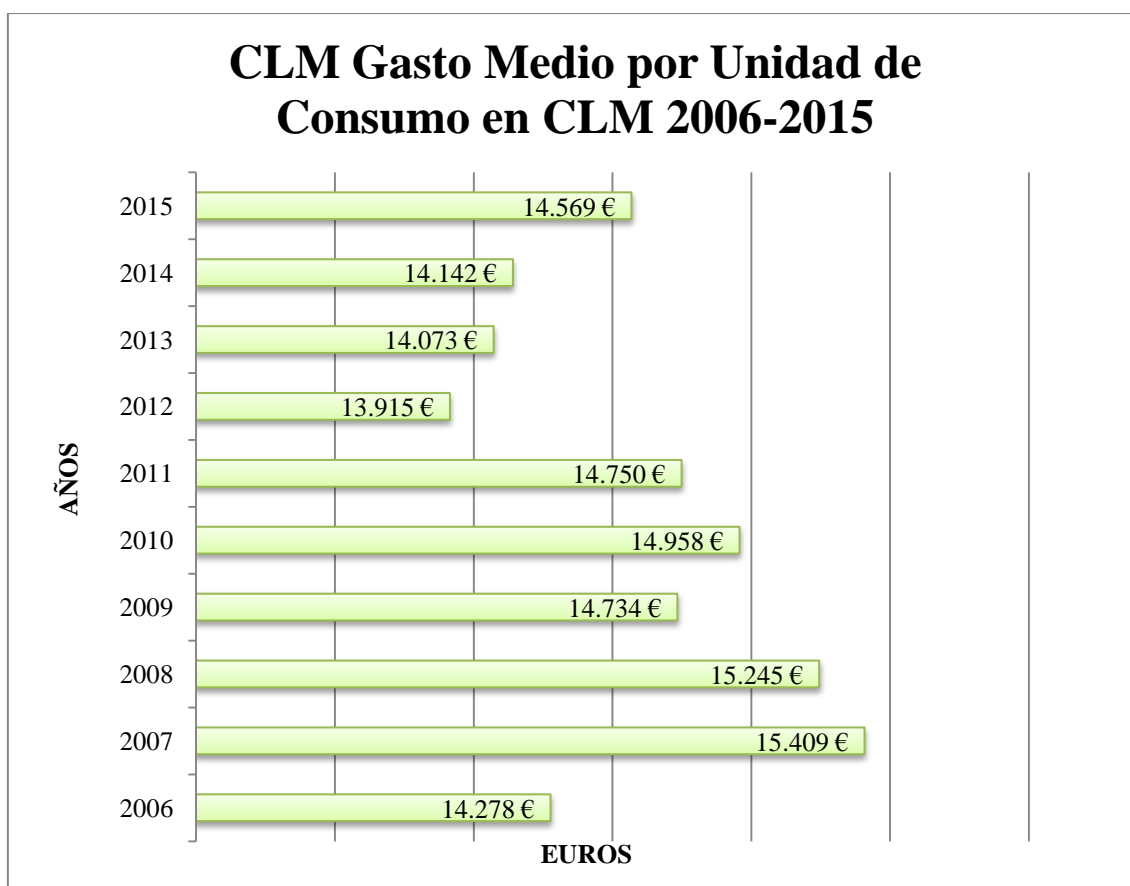


Figura 40. Gasto medio por unidad de consumo en CLM periodo 2006-2015, datos INE. Elaboración propia.

- Para medir el riesgo de pobreza y exclusión social se puede utilizar el indicador AROPE de la Unión Europea, *At Risk Of Poverty and/or Exclusion*, que hace referencia al porcentaje de población que se encuentra en riesgo de pobreza y/o

exclusión social. El indicador combina elementos de renta, posibilidades de consumo y empleo. Se consideran en riesgo de pobreza a las personas que viven en hogares con una renta inferior al 60 % de la mediana de la renta nacional equivalente en unidades de consumo. Para el año 2014, la mediana de renta equivalente es de 13.268,8 €, por lo cual, el umbral del pobreza se fija en 7.961,3 € anuales, es decir, 663,4 € mensuales. El riesgo de pobreza y exclusión está compuesto por los individuos de hogares cuyos ingresos totales están bajo el umbral de la pobreza y/o sufren de privación material severa y/o tienen baja intensidad de trabajo.

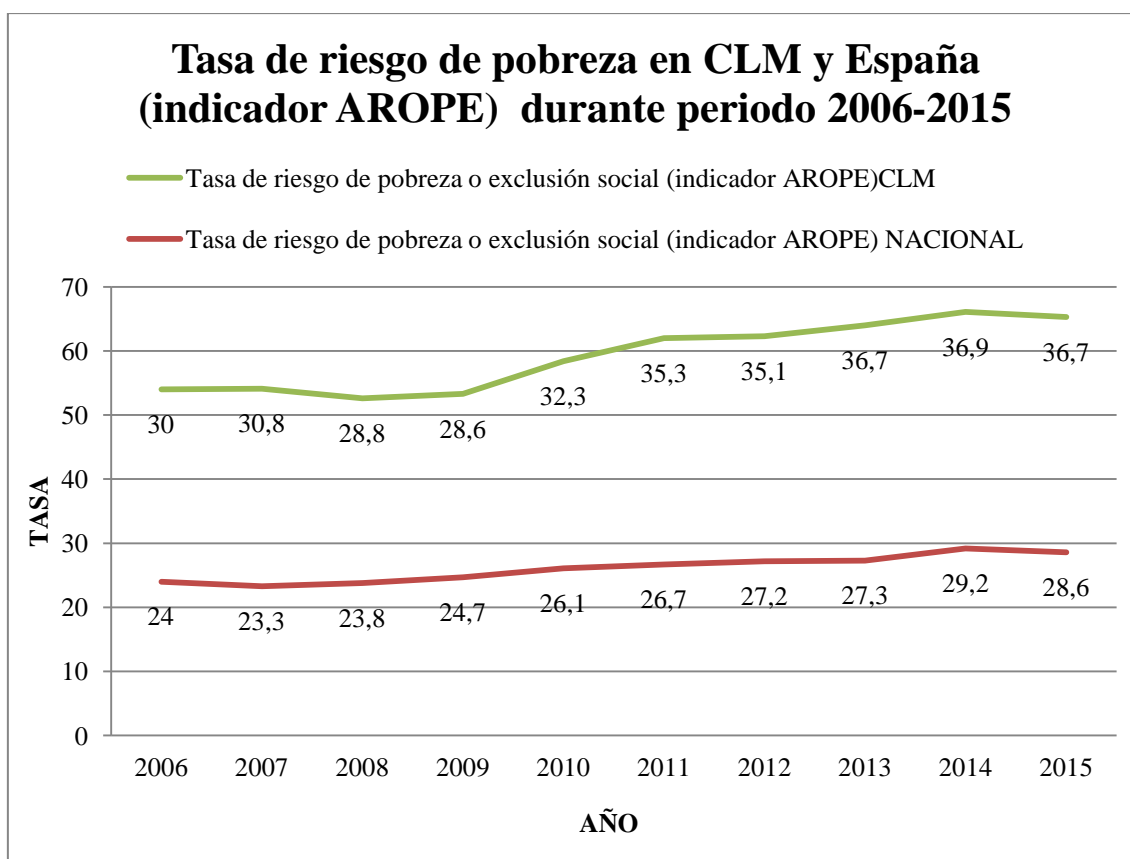


Figura 41. Tasa de riesgo de pobreza (indicador AROPE) en CLM y España durante el periodo de estudio, 2006-2015. Elaboración propia.

Al estudiar la correlación entre en indicador AROPE (de riesgo de pobreza y exclusión social) en España y en Castilla-La Mancha (Figura 41) con respecto a la tasa estandarizada de intentos de suicidio en CLM 2006-2015, la Correlación de Pearson fue

de 0.230 a nivel Nacional y de 0,285 a nivel autonómico, ambas son directas, por lo tanto a mayor riesgo de pobreza y exclusión social se tuvo una mayor tasa de intentos de suicidios en CLM (Tabla 35).

Tabla 35. Cuadro resumen de la Correlación de Pearson entre diversos indicadores económicos y tasas estandarizadas por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM 2006-2015,  $p < 0,05$ .

Elaboración propia.

INDICADOR ECONOMICO	CORRELACION DE PEARSON CON TASA ESTANDARIZADA POR 100.000 hab. DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN CLM 2006-2015	
1. Gini Nacional	Correlación de Pearson	0,189**
2. PIB CLM	Correlación de Pearson	-0,156**
3. PIB per cápita NACIONAL	Correlación de Pearson	-0,091
4. PIB per cápita CLM	Correlación de Pearson	-0,204**
5. Tasa Paro CLM	Correlación de Pearson	0,265**
6. Tasa Paro Nacional	Correlación de Pearson	0,220**
7. CLM Gasto medio por hogar	Correlación de Pearson	-0,235**
8. CLM Gasto medio por persona	Correlación de Pearson	-0,145**
9. CLM Gasto medio por unidad de consumo	Correlación de Pearson	-0,184**
10. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) NACIONAL	Correlación de Pearson	0,230**
11. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE)CLM	Correlación de Pearson	0,285**
12. Hogares con MUCHA dificultad para llegar a fin de mes NACIONAL	Correlación de Pearson	0,187**
13. Hogares con DIFICULTAD para llegar a fin de mes NACIONAL	Correlación de Pearson	0,290**
14. Hogares con CIERTA dificultad para llegar a fin de mes NACIONAL	Correlación de Pearson	0,006
15. Hogares con MUCHA dificultad para llegar a fin de mes CLM	Correlación de Pearson	0,161**
16. Hogares con DIFICULTAD para llegar a fin de mes CLM	Correlación de Pearson	-0,048
17. Hogares con CIERTA dificultad para llegar a fin de mes CLM	Correlación de Pearson	0,157**
18. Tasa de riesgo de pobreza (renta del año anterior a la entrevista) NACIONAL	Correlación de Pearson	0,009
19. Tasa de riesgo de pobreza (renta del año anterior a la entrevista) CLM	Correlación de Pearson	0,200**
**. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		

## **5. DISCUSIÓN**

El estudio de la evolución de los intentos de suicidios y conducta suicida en Castilla-La Mancha se basó en la recopilación y análisis de las cifras de los intentos autolíticos atendidos por la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario durante el periodo de años del 2006 al 2015 (Figura 42). De los resultados que se han ofrecido unos enlazan de manera coincidente y otros discrepan con estudios previos sobre los intentos de suicidio y conducta autolítica tanto a nivel nacional como internacional. El punto de partida en esta discusión serán los factores sociodemográficos, seguidos por los de temporalidad, el método utilizado en el intento autolítico, las posibles asociaciones y conexión entre estos elementos entre sí y como colofón se realiza el análisis de la relación de diferentes indicadores económicos con los incidentes de intento de suicidio en CLM durante los años de estudio. Se debe tener en cuenta que existió un periodo de 2006 a 2008 de precrisis monetaria y otro grupo de años de 2009 a 2015 de contracción económica.

## 5.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

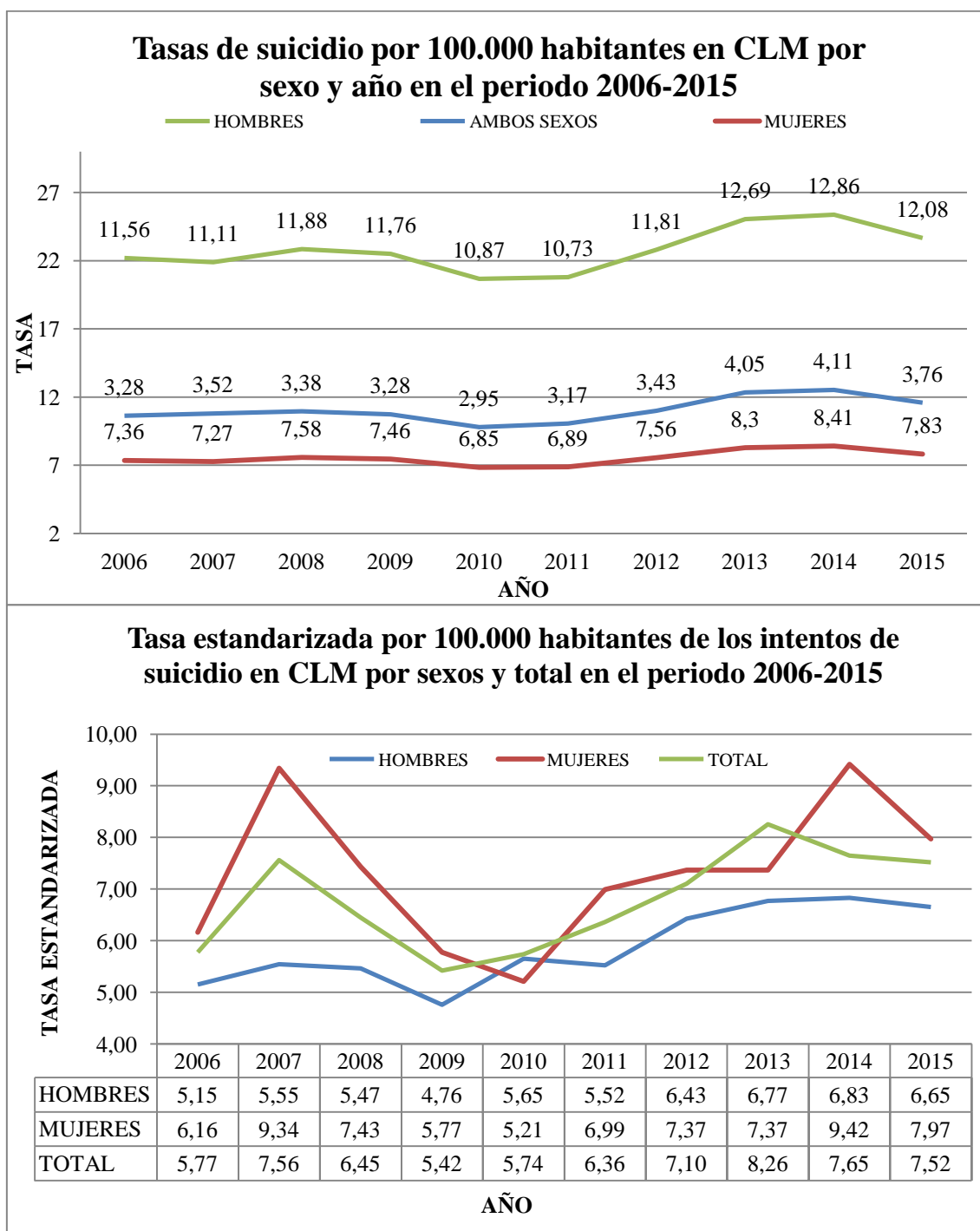


Figura 42. Cuadro comparativo entre las tasas por 100.000 habitantes de suicidios en CLM (datos INE) y de las tasas estandarizadas de intentos autolíticos en CLM, durante el periodo 2006-2015. Elaboración propia.

La distribución de frecuencias por sexo y años de los intentos de suicidio en CLM del año 2006 al 2015 muestra que el intento de suicidio es superior en mujeres que en hombres, exceptuando el año 2010, tendencia discrepante si lo que se analiza son los suicidios (Figura 42). Estas cifras explican que las mujeres hacen más intentonas autolíticas que los varones, hecho bien descrito en muchos de los últimos estudios y que se repite desde series históricas en España y en el extranjero.

En numerosos estudios previos como el de Hawton<sup>70,56</sup> se describe que el número de casos y las tasas estandarizadas de los intentos de suicidio es mayor en las mujeres pues hacen más intentos de suicidio frente a los varones que consiguen sin embargo consumir el acto suicida llegando a la muerte<sup>43</sup> en un mayor número de veces.

Gabilondo<sup>53,72,75,76,77</sup> identifica el sexo femenino, la edad joven y la presencia de algún trastorno mental como factores asociados al intento de suicidio, dato concordante con CLM donde los intentos de suicidio son más cuantiosos en mujeres en el rango de edad de los 18 a los 35 años (Tabla 36).

Morant<sup>55</sup> concluyo que las tasas de suicidio más elevadas en CLM por provincias fueron CR, GU y CU. Pastor Pons<sup>56</sup> muestra valores similares de intentos de suicidio en la provincia de Ciudad Real (Tabla 36 y 37).

Tabla 36. Número de suicidios, porcentaje y tasa cruda de los suicidios en CLM 1991-1998 por provincias y total de CLM, estudio de Morant C. et al del año 2001. Elaboración propia con datos del artículo Mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha (1991-1998).

PROVINCIA	Número de suicidios 1991-1998 en CLM	Porcentaje (%)	Tasa cruda por 100.000 habitantes
Albacete	204	18,61	7,44
Ciudad Real	372	33,94	9,78
Cuenca	131	11,95	7,98
Guadalajara	105	9,58	9,01
Toledo	284	25,91	7,25
Total CLM	1096	100	8,26

Tabla 37. Número de intentos autolíticos, porcentaje y tasas estandarizadas por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio por provincias y total de CLM durante el periodo 2006-2015. Elaboración propia.

<b>PROVINCIA</b>	<b>Número de intentos de suicidios 2006-2015 en CLM</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Tasa estandarizada por 100.000 habitantes</b>
<b>Albacete</b>	265	20,25	7,06
<b>Ciudad Real</b>	271	20,71	5,52
<b>Cuenca</b>	123	9,40	6,37
<b>Guadalajara</b>	135	10,32	5,59
<b>Toledo</b>	514	39,29	7,73
<b>Total CLM</b>	1308	100	6,60

## 5.2. GRUPOS DE EDAD

Núñez y Losada<sup>78,79,80</sup> expone que la edad joven es la que tiene más riesgo de tentativa autolítica, siendo las mujeres las que tienen más número de intentos suicidas.

Según el informe "Prevención de la conducta suicida" de la OPS<sup>79</sup> el suicidio a nivel mundial es la segunda causa principal de muerte en el grupo etario de los 15 a 29 años, considerado de jóvenes.

El grupo de edad de los 18 a los 35 años destaca en número total de incidentes de intentos de suicidio de esta tesis, es decir personas de jóvenes a maduras, seguido por el grupo de los 36 a los 45 años y el de 46 a 65 años es decir todas las edades en las que se puede ser laboralmente activo son las que acumulan más incidentes de intentos autolíticos. Se puede decir que en CLM la conducta de intento autolítico esta desplazada a mayores edades que en los estudios anteriormente referidos dónde los jóvenes son los principales afectados. En todos los estudios las mujeres hicieron más intentonas autolíticas que los varones en todos los rangos de edad.



### **5.3. ENTORNO URBANO Y RURAL**

De los intentos de suicidio en CLM, un tercio ocurren en zona rural, una cantidad muy importante del monto total, sin embargo el grueso de los incidentes suceden en zonas urbanas. Teniendo en cuenta el entorno dónde se efectúa el intento de suicidio, en varios estudios previos en CLM y España destacan las zonas urbanas<sup>43,55,69,71</sup> en número de casos respecto a las zonas rurales.

Kapusta<sup>82</sup> y Santana<sup>81</sup> nos comentan que las tasas de suicidios en entorno urbano son mayores que en el rural pero que el ratio de suicidios rural-urbano está continuamente descendiendo en ambos sexos indicando por lo tanto un creciente riesgo de conducta suicida en entornos rurales.

### **5.4. FACTORES DE TEMPORALIDAD**

López<sup>83,69</sup> describe que los intentos de suicidio se producen más durante las horas de la tarde, en días de semana (no los fines de semana), y durante los meses estivales. Algunos autores sugieren que en el horario pueden influir posiblemente los ritmos circadianos biológicos, puesto que en las horas de la tarde y primeras de la noche, los niveles de serotonina están más bajos.

Fountoulakis<sup>84</sup> nos explican que las variables como el clima están relacionadas con el suicidio, en ambos sexos el clima frío correlaciona con la conducta suicida, España tiene zonas de clima suave pero en el interior del país con meteorología continental, como en el caso de CLM, en invierno es considerablemente frío.

Sierra y Martínez<sup>85</sup> en su estudio del 2015 en el ámbito prehospitalario "Suicidio y autolesión en ámbito rural y urbano en emergencias 112 Castilla y León" nos dicen que se registró un menor número de asistencias por suicidio en su servicio de

emergencias desde la 1,00h hasta las 8,00h, es decir en la noche, siendo el horario diurno el que más casos tuvo.

## **5.5. METODOS UTILIZADOS EN EL INTENTO DE SUICIDIO**

En el estudio de esta tesis los hombres utilizan más los métodos violentos en sus conductas suicidas como el ahorcamiento, las armas blancas o el salto desde una altura que las mujeres<sup>68,69,56</sup>. Las mujeres no obstante recurren más a los métodos no violentos, como lo son las intoxicaciones por fármacos<sup>55,70,87,88</sup>. La sobredosis por fármacos es el método de intento de suicidio más utilizado, siendo empleado por las tres cuartas partes de las mujeres y por algo más de la mitad de los hombres.

Pacheco<sup>86,56,88</sup> en su estudio en la ciudad de Madrid explica que la sobredosis de fármacos es el segundo método más usado en la conducta suicida tras el salto desde una altura o defenestración.

Antón y otros autores<sup>74,68,77</sup> describen que los métodos violentos como la ingestión de pesticidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego son los más usados en la consecución de la muerte autoinflingida.

La OPS<sup>79,77,87</sup> expone que en los países de ingresos altos en América el ahorcamiento es el método utilizado en el 50% de los suicidios y las armas de fuego son el segundo método más frecuente (en EEUU es el primero).

Morón<sup>87,77</sup> nos comenta que la ingesta de fármacos es casi el 80% de los casos de tentativas autolíticas recibidas y atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera dato parecido a lo que ocurre en Europa.

## **5.6. ECONOMIA, CONDUCTA SUICIDA E INTENTO DE SUICIDIO**

La relación de los indicadores económicos estudiados en esta tesis con la tasa media estandarizada por 100.000 habitantes de los intentos de suicidio en CLM nos ofrecen una visión actual de lo que sucede en una sociedad con dificultades monetarias en un periodo de contracción económica con respecto al intento autolítico.

En este sentido las publicaciones de los últimos años desde el nivel local, regional, nacional, europeo e internacional describen que el vínculo entre economía, sus indicadores y la conducta suicida e intentos de suicidio es sutil y tenue en algunos estudios y más patente en otros. En otras palabras los conceptos de crisis económica y conducta suicida son difíciles de conectar de manera clara y directa en muchos casos, pero muchos estudios están esclareciendo estas conexiones.

A nivel nacional, Ruiz<sup>43,92,95,96,97,98</sup> y otros investigadores señalaron que las causas económicas influyen en la conducta suicida, las tasas de paro en España intervienen en el aumento de las tasas de suicidio, también nos comento que el riesgo de suicidio en parados, trabajadores con situación inestable y jubilados es mayor que en otros grupos de población. Existe una relación inversa entre gasto público en la calidad de vida o bienestar social y el suicidio, es decir a menos inversión social más altas son las tasas de suicidio. Asimismo añade que en las mujeres trabajadoras el no poder conciliar trabajo con hijos y vida privada es un factor de riesgo de conducta autolítica. Sin embargo Miret<sup>91,93,94</sup> concluyo que en España la conducta suicida no ha aumentado con la crisis, aunque observaron una relación significativa entre el mal estado de salud y los intentos de suicidio.

En Europa Stuckler<sup>99,100,101,104,84</sup> explicó una clara relación entre las tasas de desempleo y las de suicidio. Es decir los que tienen también altos niveles de riesgo de

pobreza, altas tasas de crecimiento industrial anual y bajos niveles de gasto en atención sanitaria para la población<sup>100,102</sup>. No obstante Tapia<sup>103</sup> comentó que en los países europeos afectados por la crisis, las tasas de mortalidad han disminuido y la salud de la población no ha empeorado sino todo lo contrario, ha mejorado.

Noh<sup>106,105,107,108</sup> además de varios investigadores a nivel internacional refirieron que los estados con desempleo o incremento del desempleo tuvieron incremento en sus tasas de suicidio. Luo<sup>109,107,110,111,112,113</sup> y otros autores identificaron los suicidios aumentan con las recesiones económicas y que cuanto menor es el PIB per capita, más alta es la tasa de suicidios. Campo y Herazo<sup>114</sup> concluyeron que la medida de desigualdad, usando el coeficiente de GINI, se relaciona directa y estadísticamente con la tasa de suicidio, es decir, a mayor desigualdad económica social consecuencia de un crecimiento del coeficiente de GINI, mayor tasa de suicidios.

## **5.7. LIMITACIONES**

El presente estudio presentó ciertas limitaciones que es conveniente explicar para que futuros investigadores las tengan en cuenta en los estudios venideros que estén por llegar. La primera de las limitaciones es que se trata de un estudio ecológico observacional, descriptivo y retrospectivo ya que analiza los intentos de suicidio en CLM durante un periodo temporal con datos de lo sucedido en años pasados. La segunda es que no han podido ser recogidos determinados detalles interesantes por no estar integrados en la base datos SITREM como por ejemplo; información sobre diagnósticos previos, tratamientos psicológico y farmacológico, nivel de formación, datos sociofamiliares y económicos del sujeto, tipo de familia, vulnerabilidad del individuo, fragilidad familiar, etc. La tercera es que las codificaciones de la causa del incidente de la conducta suicida no está recogida con el suficiente "celo" quedando

enmascarada por otros diagnósticos más generales. En determinados incidentes las etiquetas diagnósticas deberían ser múltiples, y detalladas como en la intoxicación intencionada por fármacos donde se deberían detallar todos y cada uno de los compuestos intervinientes en el envenenamiento e identificarlos una codificación múltiple, pero en vez de ello, lo que muchas veces se registró fue un código genérico del estilo; "Suicidio y lesiones autoinflingidas con sustancias sólidas o líquidas (CIE9, E950)". Estos contratiempos llevan a que muchas de las cifras estadísticas de organismos competentes públicos sobre conducta suicida estén infravaloradas de manera sistemática, es decir, ofrezcan datos por debajo de la verdadera realidad<sup>43</sup>. Por lo tanto se ofrece una visión sesgada de los hechos<sup>55</sup>. La cuarta se basa en que las poblaciones en riesgo utilizadas se han contabilizado usando como límite etario inferior los 12 años de edad. En España y en CLM los datos del INE<sup>58</sup> de suicidios por debajo de 10 años desde 2006 a 2015 es nulo y se debería retroceder al 2005 para tener un caso en el rango de edad de los 5 a los 9 años, la diferencia se observa en el rango de edad de los 10 a los 14 años (Tabla 38) donde el número de casos en España es de 2 suicidios en 2011 a 12 en 2007 y en CLM varía de cero casos en 2006, 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, un caso en 2013 y 2014 y dos casos en 2007. En otros países europeos como el Reino Unido (*Office for National Statistics*) o zonas/regiones de estos como por ejemplo Escocia (*National Records of Scotland*) en la contabilización de las cifras anuales de suicidios no se muestran para las edades de 0 a 14 años y las de mayores de 85 años por razones de robustez y comparabilidad, ya que la mayor parte de incidentes en estos grupos de edad extrema se codifican mal, como accidentes o como eventos indeterminados. Se utilizó los 12 años de edad como límite etario inferior poblacional en esta investigación con la intención de filtrar los casos cuyas motivaciones suicidas pudiesen ser cuestionables por posibles causalidades de origen accidental; pero esta

decisión podría dejar algún caso de intento autolítico fuera en el rango de los 5 a 11 años<sup>58,65</sup> de edad por lo que se podrían estudiar estos rangos de edades por separado como estudio de unos incidentes raros en sus cifras de aparición o incluirlos en futuros estudios dentro de las poblaciones que se usen para el cálculo de la frecuencia y de las tasas estandarizadas de la conducta autolítica y de los intentos de suicidio.

Tabla 38. Número de suicidio y lesiones autoinfligidas en España y CLM en el rango de edad de 10 a 14 años de edad durante el periodo 2006-2015 (Datos INE). Elaboración propia.

<b>De 10 a 14 años</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>	<b>2008</b>	<b>2007</b>	<b>2006</b>
<b>Total Nacional España</b>	10	9	5	2	3	8	4	12	5
<b>Total Castilla-La Mancha</b>	1	1	0	0	0	0	0	2	0

## 5.8. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACION

La presente investigación autonómica de los intentos de suicidio en Castilla La-Mancha cuenta con dos claras fortalezas de cara al futuro en el plano de la investigación. La primera es que ha sido un estudio de bajo coste ya que los datos se pueden explotar públicamente solicitándolos con el correspondiente permiso de utilización para investigación a la GUETS del SESCAM, una buena opción para futuras preguntas de investigación<sup>55,56</sup> sobre la realidad de la conducta suicida en CLM. La segunda fortaleza es que se obtuvo un gran nicho de datos de la base de incidentes de emergencias SITREM de la GUETS, que son novedosos y diferentes de los que normalmente se explotan y estudian en INE e Instituto de Medicina Legal-IML<sup>66</sup> para realizar los análisis y comparaciones sobre el comportamiento suicida, con ello se logra llegar a conocer mejor y más de cerca la auténtica magnitud del problema de la conducta autolítica y de los intentos de suicidio en CLM.

Teniendo en cuenta el desarrollo futuras líneas de investigación se tiene que tener en cuenta que la base de datos SITREM de la GUETS, de donde se recopilaban los datos de esta tesis, haría posible la actualización y expansión de estudios con datos renovados cada cierto intervalo de tiempo (por ejemplo; cada tres años o cada cinco años) sobre la conducta suicida e intentos autolíticos desde el año 2006 cuando se comenzó a recopilar informáticamente de manera sistemática todos los incidentes de urgencias y emergencias hasta las fechas actuales en cada una de las provincias por separado además del conjunto de la comunidad autónoma de CLM<sup>57</sup> para el análisis y comparación con los estudios previos provinciales y autonómicos a nivel castellanomanchego. También se podría comparar con cierta asiduidad lo sucedido en CLM con otras comunidades autónomas, países del entorno europeo y de otras latitudes más lejanas (América, Asia, Africa, Oceanía), mejorando notablemente el conocimiento actual del estado de la cuestión<sup>58</sup> de la conducta suicida y del intento autolítico.

Con la investigación fruto de esta tesis y de los futuros análisis de la situación que se podrían seguir realizando se tendría la oportunidad de diseñar, redibujar, mejorar e implementar estrategias psicosociales y sanitarias de tipo preventivo para detectar las conductas suicidas en la población y así evitar el incremento de los intentos autolíticos y de suicidios consumados en nuestra región y país<sup>59</sup>.

## 6. CONCLUSIONES

- PRIMERA. Desde el año 2006 la tendencia de los intentos de suicidio ha ido aumentando con un primer pico en el año 2007 seguido de un descenso en los años 2008-2009, después se acrecenta significativamente hasta su máximo durante los años 2013-2014, estabilizándose en el año 2015.

- SEGUNDA. La distribución por sexo y edad en CLM de las tasas estandarizadas durante 2006-2015 señala que los intentos de suicidio realizados por las mujeres superan al de los hombres, excepto en el año 2010. El grupo de edad correspondiente a los sujetos entre 18-35 años son los que muestran mayor número de intentos. La provincia con mayor número de casos es Toledo.

- TERCERA. Los días de la semana con mayor índice de casos de intento de suicidio son los domingos y los martes, la mayor parte de los incidentes ocurren por la tarde. Los meses de agosto y septiembre tienen más frecuencia de casos y la estación predominante es el verano seguida de la primavera.

- CUARTA. El método más utilizado para la realización de los intentos autolíticos es la sobredosis de fármacos, principalmente mediante la ingesta de tranquilizantes, psicotropos, otros sedantes e hipnóticos.

- QUINTA. Se puede decir que el perfil de la persona que realiza un intento suicida en Castilla-La Mancha en el periodo de estudio 2006-2015 sería el de una mujer con una edad comprendida entre los 18 y los 45 años, que consuma el intento autolítico con un método suave o no violento, en un escenario urbano preferentemente en las provincias de Toledo o Albacete.



- SEXTA. No se han encontrado relaciones claras entre el tipo de método violento y no violento y los turnos horarios, aunque se puede confirmar que se contabilizan más casos por la tarde en los métodos agresivos.

- SEPTIMA. El perfil específico del hombre que realiza un intento de suicidio utilizando un método violento en CLM, sería el de un varón joven entre los 18 y los 35 años de edad que utiliza como procedimiento agresivo de autolesión un arma blanca (cuchillo, navaja), el ahorcamiento o el salto desde una altura o precipitación, precisamente en ese orden.

- OCTAVA. Desde el comienzo de la crisis financiera a finales del año 2008 el número de intentos de suicidio en CLM se ha incrementado exponencialmente durante el periodo de contracción económica.

## **6.1. RECOMENDACIONES**

- PRIMERA: Establecer un nuevo y mejor método de vigilancia sobre la conducta suicida e intentos autolíticos para una continua recopilación de datos suplementarios a los ya existentes tanto a nivel hospitalario, de atención primaria como de los servicios de emergencias extrahospitalaria. Con esta medida se mantendrían actualizados datos estadísticos de diversas fuentes para realizar estudios de la evolución de los intentos de suicidio y sus características sociodemográficas, frecuencias, tipología, temporalidad, entorno, causas económicas consiguiendo con ello una rápida identificación de los riesgo y perfiles individuales con más probabilidad de desarrollar conducta suicida<sup>115</sup> con el fin de intervenir de forma precoz y eficiente<sup>116</sup>.

- SEGUNDA: Invertir recursos en la prevención del suicidio tanto desde el ámbito público como privado se impone como una prioridad política. En el año 2015 se dieron 3.602 muertes por suicidio, 1.880 muertes en accidentes tráfico y 57 muertes por violencia de género, es decir las muertes por suicidio fueron el doble de las muertes por accidentes viales y 63 veces más que los fallecimientos por violencia de género. Se debe dotar de fondos a las estrategias y planes de prevención de la conducta suicida tanto a nivel nacional como autonómico (algunas pocas CCAA cuentan con algo parecido implementado y en funcionamiento hace pocos años como Navarra<sup>117,118</sup> o en fase de proyecto como en Guipúzcoa).

El Presupuesto General del Estado de España en 2016 es de algo más de 436.370 millones de € y el Presupuesto General de CLM en 2016 es de 8.420 millones de €, si se destinaran 1 de cada 10.000 € de esos presupuestos para un Plan de Prevención del Suicidio, se podría contar con un montante aproximado de unos 43 millones de euros para trabajar en la prevención de la conducta suicida en España y de unos 842.000€ para desarrollar un plan autonómico de prevención del suicidio en CLM. Esto es, legislar para conseguir dinero suficiente que apoyen las estrategias y planes de prevención de la conducta suicida en todo el territorio español.

Además es necesario potenciar y dotar económicamente una investigación multidisciplinar de calidad sobre la conducta suicida implicando a las instituciones sanitarias y universidades en el desarrollo de planes de estudio de postgrado tipo expertos o máster.

- TERCERA: Crear en la Atención Primaria (AP) de Salud a nivel nacional y en CLM Unidades de Cuidados e Intervención Psicosocial (UCEIP) para el cuidado e intervención en materia de salud mental formadas por dos tipos de profesiones,

enfermería especialista en salud mental (o enfermería de AP en su defecto) y psicología clínica, con el apoyo de los médicos de familia y del psiquiatra como especialista externo. Estas unidades estarían específicamente encargadas de la prevención, cribaje, detección, cuidado e intervención en todos los pacientes de su zona de salud con riesgo o con una conducta suicida ya manifestada con anterioridad.

- CUARTA: Introducir en los planes formativos en los grados universitarios sanitarios y en la formación profesional de la familia sanitaria asignaturas específicas sobre la conducta suicida, su detección, cuidados, intervención y tratamiento. Actualizar la formación en estrategias, intervención y medidas de rescate de personas que manifiesten conducta suicida y sean atendidos por los servicios de emergencias sanitarias<sup>119,120</sup>, en el caso específico de CLM implementar la actualización de conocimientos a todos los miembros de la GUETS. Renovar los conocimientos en la detección, cuidados e intervenciones de la conducta suicida a los profesionales sanitarios de; los servicios de psiquiatría hospitalaria<sup>116</sup>, los demás servicios hospitalarios, de Atención Primaria de Salud, de las residencias de ancianos, de los centros de discapacitados y de los centros educativos en todos sus niveles desde la educación primaria hasta la universidad.

- QUINTA. En el plano de medidas preventivas generales se podría: Limitar entre la población general el acceso a fármacos en dosis letales reduciendo el tamaño de los envases de venta libre de analgésicos como el paracetamol por ejemplo. Restricción de venta de psicotrópicos y recomendar la prescripción de antidepresivos de menor carga tóxica. Vigilancia en la venta y uso recreativo del alcohol e intensificar la lucha y el tráfico de drogas ilegales. Control en la venta y almacenamiento de pesticidas y plaguicidas. Instalar de barreras físicas en lugares elevados. Limitar la posesión de armas de fuego, potenciar su control y endurecer los exámenes para

obtener las licencias de uso ya que la disponibilidad de armas de fuego aumenta el riesgo de suicidio en todas las edades, incluso en niños.

- SEXTA: Introducir y empoderar la prevención de la conducta suicida en la cultura de la prevención de riesgos laborales en todas las empresas. Asesorar a las familias y allegados en los grupos de riesgo y casos individuales a mejorar en habilidades de detección e intervención ante la conducta suicida y el riesgo de autolisis. Crear protocolos de intervención en crisis específicos para la policía, ejército, bomberos y voluntariado como los miembros de Protección Civil o Cruz Roja, así como los específicos para las instituciones penitenciarias.

- SEPTIMA: Diseñar y difundir campañas que hablen sobre la conducta suicida en todo tipo de medios audiovisuales buscando como objetivo el concienciar y potenciar la ayuda social a este problema a la vez que de disminuir el tabú y silencio que envuelve al tema del suicidio en nuestro país, pero recomendando también unas directrices específicas para el tratamiento de las noticias sobre la conducta suicida que incluyan: a) No tratar de forma sensacionalista las crónicas sobre suicidios. b) Evitar describir los detalles del suicidio. c) Aportar información concreta, comprometida y ética. d) Educar a la población además de ofrecer información sobre los recursos de ayuda existentes dentro y fuera del sistema sanitario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carbonell C, González JC. Evolución histórica del fenómeno suicida. En Bobes JC, González y Saiz PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997. 1-12.
2. Pérez JC. La mirada del suicida. El enigma y el estigma. Madrid: Plaza y Valdés; 2011.
3. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 1996;26(3):237-252.
4. Giner L. Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado [tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010.
5. Oquendo M, Currier D, Posner K. Reconceptualizing psychiatric nosology: the case of suicidal behavior. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2009;2(2):63-65.
6. Silverman MM, Berman AL, et al. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):248-263.
7. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
8. Rodríguez JE, Montalbán R. Introducción histórica. En: Montalbán R (ed.) La conducta suicida. Madrid: Libro del año; 1997. 19-29.
9. Durkheim E. El suicidio. Madrid: Akal; 2008.
10. Durkheim E. Las reglas del método sociológico. Buenos Aires: Schapire; 1965.

11. Freud S. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1976.
12. Menninger KA. El hombre contra sí mismo. Buenos Aires: Losada; 1952.
13. Litman RE. 500 psychological autopsies. J Forensic Sci. 1989;34(3):638-646.
14. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia Cognitiva de la Depresión. 19 ed. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2010.
15. Seligman Martin EP. La auténtica felicidad. Barcelona: Vergara; 2010.
16. Kelly GA. The Psychology of Personal Constructs. New York: Norton; 1955.
17. Correa H, Pérez S. Las investigaciones biológicas del suicidio. Aspectos históricos. Psiquiatría Biológica. 2005;12(1):14-17.
18. Shneidman ES. Comprehending suicide. Washington: American Psychological Association; 2001.
19. Shneidman ES. Criteria for a Good death. Suicide Life Threat Behav. 2007;37:245-247.
20. Shneidman ES. Suicide as psychache. J Nerv Ment Dis 1993;181:145-147
21. Saraiva CB. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. Rev psiquiatr clín. 2010;31(3):185-205.
22. Chávez-Hernandez AM, Leenaars AA. Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. Salud mental. 2010;33(4):355-360.
23. Leenaars AA. An empirical investigation of Shneidman's formulations regarding suicide: age and sex. Suicide Life Threat Behav. 1987;17(3):233-250.
24. Leenaars AA. Edwin S. Shneidman on Suicide. Suicidology Online. 2010;1:5-18.
25. Mack J. Adolescent suicide: an architectural model. En: Klerman GL (Ed.) Suicide and depression among adolescent and young adults. Washington: American Psychiatric Press; 1981.152-187.

26. Bonner R, Rich AR. Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. *Suicide Life Threat Behav.* 1988;17(1):50-63.
27. Blumenthal SJ, Kupfer DJ. Generalizable Treatment Strategies for Suicidal Behavior. *Ann N Y Acad Sci.* 1986;487(1):327-340.
28. Blumenthal SJ. Ansiedad y depresión: suicidio, guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clin Med North America.* 1988;4:999-1037.
29. Silverman M, Felner R. Suicide prevention programs: issues of design, implementation, feasibility and developmental appropriateness. *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25:93-105.
30. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American journal of psychiatry.* 1999;156(2):181-189.
31. Joiner TE, Brown J, Wingate LR. The psychology and Neurobiology of Suicidal behavior. *Annu Rev Psychol.* 2005;56:287-314.
32. Joiner TE. The trajectory of suicidal behavior over time. *Suicide Life Threat Behav.* 2002;32:33-40.
33. Van Orden KA, Witte T, Cukrowicz K, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review.* 2010;117:575–600.
34. Joiner T.E. *Why People Die by Suicide.* Cambridge MA: Harvard University Press; 2006.

35. Ribeiro JD, Joiner TE. The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: current status and future directions. *J Clin Psychol.* 2009;65(12):1291-1299.
36. Herdman TH, Kamitsuru S (Eds). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017.* Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
37. Herman TH (Ed). *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014.* Barcelona: Elsevier; 2012.
38. Luis Rodrigo MT (Ed). *Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica.* 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
39. Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S et al (Eds). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones.* 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
40. Blanca Casas S, Guilbert Reyes W. Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería [Internet].* 1998 [consulta el 20 de junio de 2016];15(2):117-123. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v14n2/enf07298.pdf>
41. Videbeck SL. *Enfermería psiquiátrica.* 5ª ed. Philadelphia: Lippincott; 2012.
42. Butchart A, Engström K. Sex and age specific relations between economic development, economic inequality and homicide rates in people aged 0-24 years: a cross-sectional analysis. *Bull World Health Organ.* 2002;80(10):797-805.
43. Ruiz I, y Olry de Labry A. El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit.* 2006;20(1):25-31.
44. Noh Y. Does unemployment increase suicide rates? The OECD panel evidence. *J Econ Psychol.* 2009;30:575-582.



45. Ferretti F, Coluccia A. Socio-economic factors and suicide rates in European Union Countries. *Leg Med.* 2009;11:92-94.
46. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 2013;347:f5239.
47. Rivera B, Casal B, Currais L. Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *Eur J Health Econ.* 2016;18(1):83-96.
48. Jungeilges J, Kirchgässner G. Economic welfare, civil liberty, and suicide: an empirical investigation. *J Socio Econ.* 2005;31:215-231.
49. Consejo Económico y Social España. Informe 03|2013. Distribución de la renta en España: desigualdad, cambios estructurales y ciclos. Madrid: Publicaciones CES; 2013.
50. Jurado Málaga A, Pérez Mayo J. Disparidades entre las comunidades autónomas españolas en el período 2007-2012. Capítulo 2, VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014. Madrid: Publicaciones Caritas; 2014.
51. Acevedo C. ¿Influye la realidad económica en el suicidio? El caso colombiano. *Revista de Economía del Caribe.* 2010;5:143-187.
52. Leenaars AA. Suicide: A multidimensional malaise. *Suicide & Life- Threatening Behavior.* 1996;19(1):221-236.
53. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, Almansa J, Codony M y Maria JM. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD 2007. *Med Clin.* 2007;129(13):494-500.

54. Suelves JM, Robert A. La conducta suicida una mirada desde la salud pública. Rev Esp Med Legal. 2012;38(4),137-142.
55. Morant C, Criado JJ, García R, García J, Domper J. Mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha (1991-1998). Psiquiatría biológica. 2001;8(4):135-140.
56. Pastor GR. Estudio de los intentos de suicidio atendidos por un servicio de emergencias extrahospitalarias en la provincia de Ciudad Real 2001/2002. [tesis]. Elche: Universidad Miguel Hernandez, 2004.
57. Plaza J, Martínez HS y Gosálvez RU. La ordenación del territorio en Castilla-La Mancha: estado de la cuestión y estudio de casos. Cuadernos Geográficos. 2012; 47: 493-522.
58. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid; [consultado 15 enero 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
59. Datosmacro.com [Internet]. Madrid; [consultado 16 enero 2016]. Disponible en: <http://www.datosmacro.com/>
60. Fundación Salud Mental España [Internet]. Madrid; [consultado 25 enero 2016]. Disponible en: <http://www.fsme.es/>
61. European Anti Poverty Network España (EAPN-ES) [Internet]. Madrid; [consultado 22 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.eapn.es/index.php>
62. Fundación FOESSA, Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada [Internet]. Madrid; [consultado 22 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.foessa.org/>
63. Laparra R y Pérez Eransus B (coord.). La exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación, VI informe sobre exclusión y desarrollo social en España. V. Renes, Madrid, Fundación FOESSA, 2008.

64. Lorenzo Gilsanz F (coord.). VII informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Arias Montano, Madrid, Fundación FOESSA, 2014.
65. Buitrago León LH, Laverde Barrera AA, Álvarez Rodríguez AM, Estupiñan Vega LC. Análisis de la producción científica publicada entre 2008 y 2013 sobre suicidio en niños, niñas y adolescentes mediante un estudio bibliométrico. *Rev Hospital Psiquiatr La Habana*. 2015;12(2).
66. Giner L y Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7(3):139-146.
67. Mejía, M, Sanhueza P y González J. Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza.com*. 2011;8:15-25.
68. Abellán A. El suicidio entre las personas de edad. *Rev Mult Gerontol*. 2005;15(1):65-67.
69. Salmerón D, Cirera L, Ballesta M y Navarro-Mateu F. Time trends and geographical variations in mortality due to suicide and causes of undetermined intent in Spain, 1991-2008. *J Public Health*. 2012;35(2),237-245.
70. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000;177:484-485.
71. Gutiérrez JM. Predominio del suicidio urbano sobre el rural en España. *Actas Esp Psiquiatr*. 1998;26(2):111-115.
72. Ayuso JL, Saiz J, Morant C, Baca E, Miret, Nuevo R (eds.). Estudio de la conducta suicida en la comunidad de Madrid. 2012; Madrid: Comunidad de Madrid.
73. Ayuso JL, Baca E, Bobes J, Giner J, Giner L, Perez V, Sáiz PA, Saiz J, & Grupo RECOMS. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5(1):8-23.

74. Antón JM, Sánchez E, Pérez L, Labajos MT, De Diego Y, Benítez N, Comino R, Perea E, Ramos V & López A. Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*. 2013;29(3):810-815.
75. Mejía M, Sanhueza P y González J. Risk factors and context of suicide. *Rev Memoriza.com*. 2011;8:15-25.
76. Díaz García H, Pedraza Pérez de Prado D, Pérez Ruiz A, Veitia Villavicencio N y Chávez Rodríguez M. Analysis of suicide attempts in patients admitted to the Provincial Psychiatric Teaching Hospital of Villa Clara. *Acta Médica del Centro*. 2014;8(2):55-60.
77. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington DC, OPS; 2014.
78. Núñez NA, Olivera SL y Losada IM. Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento Psicológico*. 2008;4(10):85-100.
79. Organización Panamericana de la Salud. *Prevención de la conducta suicida*. Washington DC, OPS; 2016.
80. Wang Z, Wang J, Bao J, Gao X Yu CH y Xiang H. Temporal Trends of Suicide Mortality in Mainland China: Results from the Age-Period-Cohort Framework. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(8):784.
81. Santana P, Costa C, Cardoso G, Loureiro A y Ferrao J. Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health Place*. 2015;35:85-94.

82. Kapusta ND, Zorman A, Etzersdorfer E, Ponocny-Seliger E Jandl-Jager E y Sonneck G. Rural-urban differences in Austrian suicides. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43:311-318.
83. López JL, Bárcena C, González J, Iglesias JA y Abella V. Temporalidad y conducta suicida. *Cul cuid.* 2009;25:111-115.
84. Fountoulakis KN et al. Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000-2012. *Ann Gen Psychiatry.* 2016;15-19.
85. Sierra E y Martinez CM. Suicidio y autolesión en ámbito rural y urbano en emergencias 112 Castilla y León. *Prehosp Emerg Care.* 2015;5.
86. Pacheco T. Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones preventivas en el ámbito extrahospitalario [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2016.
87. Botega NJ. Comportamiento suicida: epidemiología. *Psicología USP.* 2014;25(3):231-236.
88. Morón J. Cantidad y tipo de fármacos en los intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa. *Psiquiatr Biol.* 2004;11(6):211-218.
89. Hegerl U y Wittenburg L. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. *Psychiatr Serv.* 2009;60(5):596-599.
90. Lopez JA, Gasparrini A, Artundo CM y McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: An interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health.* 2013;23:732-736.

91. Miret M, Caballero FF, Huerta R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S, Haro JM y Ayuso JL. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *J Affect Disord.* 2014;163:1-9.
92. Córdoba JA, San Sebastián M, Escolar A, Martínez J y Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *Int J Equity Health.* 2014;13:55-8.
93. Muñoz S, García P, García de Fernando S, Portabales L, Moreno L, Severino A, Polo C. Conducta suicida y crisis económica. *Norte de Salud Mental.* 2014;12(48):36-43.
94. Gili M, García J y Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.* 2014;28(S1):104-108.
95. Sáiz P y Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7(1):1-4.
96. Masedo AI y Moreno B. Economic crisis and mortality by suicide: two concepts hard to link. *Eur J Public Health.* 2015;25(5):900.
97. Rivera B, Casal B y Currais L. Crisis, suicide and labour productivity in Spain. *Eur J Health Econ.* 2017;18(1):83-96.
98. Iglesias C, Sáiz PA, Burón P, Sánchez F, Jiménez L, Fernández S, Al-Halabí S, Corcoran P, García MP y Bobes J. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2017;10(2):70-77.
99. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A y McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet.* 2009;374:315-323.

100. Ferretti, F. & Coluccia, A. Socio-economic factors and suicide rates in European Union Countries. *Legal Med.* 2009;11:92-94.
101. Barr B, Taylor D, Scott A, McKee M y Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ.* 2012;345:e5142.
102. Alvarez J, Rodero M, Métrico E, Salinas J, García C y Salvador L. The impact of socio-economic status on self-rated health: study of 20 countries using European social surveys (2002-2008). *Int J Environ. Res Public Health.* 2013;10(3):747-761.
103. Tapia JA. The economic crisis and health in Spain and Europe: Is mortality increasing? *Salud Colect.* 2014;10(1):81-91.
104. Laanani M, Ghosh W, Jouglu E y Rey G. Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *J Epidemiol Community Health.* 2015;69:103-109.
105. Tapia JA y Díez AV. Life and death during the Great Depression. *PNAS.* 2009;106(41):17290-17295.
106. Noh Y. Does unemployment increase suicide rates? The OECD panel evidence. *J Econ Psychol.* 2009;30:575-582.
107. Acevedo C. ¿Influye la realidad económica en el suicidio? El caso colombiano. *Rev de Econ Caribe.* 2010;5(1):143-187.
108. Tapia JA. La mejora de la salud durante las crisis económicas: un fenómeno contraintuitivo. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global.* 2011;113:121-137.

109. Luo F, Curtis F, Quispe M, Ouyang L, PhD, y Crosby AE. Impact of Business Cycles on US Suicide Rates, 1928–2007. *Am J Public Health*. 2011;101(6):1139-1146.
110. Chang SS, Stuckler D, Yip P, y Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013;347:1-15.
111. Reeves A, McKee M y Stückler D. Economic suicides in Europe and North America's Great Recessions. *Br J Psychiatry*. 2014;205(3):246-247.
112. Piérard E, Grootendorst P. Do downturns cause desperation? The effect of economic conditions on suicide rates in Canada. *Appl Econ*. 2014;46(10):1081–1092.
113. Nordt C, Wamke I, Seifritz y Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(3):239–245.
114. Campo A y Herazo E. Asociación entre desigualdad y tasa de suicidio en Colombia (1994-2013). *Rev Colomb de Psiquiatr*. 2015;44(1):28–32
115. Dumom E y Portzky G. Directrices Generales para la Prevención del Suicidio. Gante: Health Programme of the European Union; 2014. [consultado 9 marzo 2016]. Disponible en [www.euregenas.es](http://www.euregenas.es)
116. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.



Guías de Práctica Clínica en el SNS. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010.

117. Oto-Vinués M (coord.). Protocolo de colaboración interinstitucional de prevención y actuación ante conductas suicidas. Pamplona. Gobierno de Navarra. 2014.
118. Azcárate L, Peinado R, Blanco M, Goñi A, Cuesta MJ, Pradini I y López-Goñi JJ. Características de los suicidios consumados en Navarra en función de sexo (2010-2013). An Sist Sanit Navar. 2015;38(1):9-20.
119. Fedyszyn IE, Erlangsen A, Hjorthøj C, Madsen T and Nordentoft M. Repeated Suicide Attempts and Suicide Among Individuals With a First Emergency Department Contact for Attempted Suicide: A Prospective, Nationwide, Danish Register-Based Study. J Clin Psychiatry. 2016;77(6):832-840.
120. Lopez J, Méndez P, Pérez M, Villoria L, Zamorano MJ, Molina CA, Lorie A, Pacheco T, Casado I y Baca E. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. Actas Esp Psiquiatr. 2015; 43(3): 142-148.